

MESTRADO INTEGRADO

EM PSICOLOGIA

***Salas de Consumo Assistido no Porto:
A Perceção de Vários Atores Sociais***

Daniela Filipa Moura Tavares Machado

M

2018



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**SALAS DE CONSUMO ASSISTIDO NO PORTO:
A PERCEÇÃO DE VÁRIOS ATORES SOCIAIS**

Daniela Filipa Moura Tavares Machado

Outubro de 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Marta Sofia de Sousa Pinto* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação relata as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto a nível concetual como metodológico, que podem ter sido constatadas em momentos posteriores à sua entrega. Pelos motivos suprarreferidos, qualquer utilização do seu conteúdo deve ser feita com precaução.

Ao entregar esta dissertação, o autor decreta que a mesma é fruto do seu trabalho pessoal, sendo que contém contributos originais e todas as fontes que são utilizadas ao longo do trabalho são reconhecidas, sendo que, as fontes aparecem referenciadas ao longo do texto e na seção de referências bibliográficas. O autor decreta também que não utiliza na dissertação conteúdos que estejam vedadas pelos direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer aos meus pais, que sempre foram incansáveis no apoio, no amor e no carinho que me deram, essencialmente por me fazerem acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades; por me mostrarem que não importa se, às vezes, nos desviamos das nossas metas já que se elas são para serem nossas, elas serão. Sem eles, seguramente não estaria aqui hoje. Ao meu namorado que sempre me apoiou, que sempre me deu a força e a perseverança necessárias para chegar ao meu objetivo final. Por todas as horas que dedicou a ajudar-me, a apoiar-me, a dar-me carinho, amor e amizade.

Ao Dr. Moura Mendes e à Dra. Olga que me ajudaram a encontrar o meu rumo, me apoiaram e mostraram sempre confiança nas minhas capacidades, mesmo quando eu própria duvidei delas.

Às minhas amigas, Diana, Rita e Mariana pela amizade, pela ajuda que me deram durante todos estes anos académicos e não só. Por fazerem parte da minha formação pessoal e por serem sempre sinceras comigo. Obrigada por serem as minhas melhores amigas. Às minhas amigas que a faculdade me trouxe, Cris, Bela, Vanessa, Rita e Filipa. Agradeço por todas as vezes que se mostraram disponíveis para me ajudar, para discutir todas as maneiras possíveis e imaginárias de fazer esta tese da melhor forma. Por serem um apoio incontestável nestes dois anos que foram o mestrado. Por serem minhas amigas independentemente do sítio para onde a vida nos levar. Aos meus colegas de licenciatura que me ajudaram a percorrer todo o meu caminho académico, que mesmo em outra faculdade me continuam a apoiar e a permitir crescer pessoal e profissionalmente, Alexandra, Stephanie, Tiago e Filipa.

À professora Marta Pinto, que se mostrou sempre compreensível face às minhas escolhas e à mudança delas. Agradeço por me ter feito sempre acreditar que o que eu queria era possível, afinal basta querer. Obrigada pela serenidade.

Por fim, a todos os participantes da minha tese por se terem mostrado tão disponíveis e por terem tornado esta investigação ainda mais enriquecedora a nível pessoal e profissional.

A todos vocês, estou grata.

“Costuma-se dizer que ninguém conhece verdadeiramente uma nação até que tenha estado dentro das suas prisões. Uma nação não deve ser julgada pelo modo como trata os seus cidadãos mais elevados, mas sim pelo modo como trata os seus cidadãos mais baixos”.

Nelson Mandela

Resumo

O consumo de drogas continua a assumir-se como um problema de saúde pública, no âmbito da qual se equacionam novas formas de olhar para este fenómeno. A discussão da abertura de salas de consumo assistido em Portugal, tem sido bastante estimulada, não apenas porque já existem noutros países do mundo, mas pelo facto de em Portugal se encontrarem legisladas, mas sem qualquer implementação prática. O presente trabalho tem como principal objetivo analisar a perceção de vários atores significativos neste contexto, através da metodologia de *focus group*, no sentido de permitir identificar e configurar-se um desenho de como poderia ser uma sala de consumo assistido na cidade do Porto. Através de uma análise de conteúdo às informações recolhidas através da metodologia utilizada, foi possível configurar três temáticas essenciais neste âmbito: modelo da estrutura física das salas de consumo assistido; modelo da sua estrutura funcional e desafios e propostas para a sua abertura. Os resultados encontrados no presente estudo devem constituir-se como ponto de partida para futuras investigações e/ou auxiliares da implementação e abertura destas salas na cidade do Porto.

Palavras-chave: drogas, salas de consumo assistido, cidade do Porto, *focus group*

Abstract

Drug use continues to be assumed as a public health problem, whereby are equated new ways to look at this phenomenon. In Portugal, the discussion of the opening attended consumption rooms has been encouraged, not only because there is no practical implementation although it is already legislated, but also due to the known existence in other countries of the world. The aim of the present work is to analyse the perception of several significant social actors in this context, using the focus group methodology, in order to make it possible to identify and set up a picture of how it could be a consumption room in the city of Porto. Through a content analysis of the main information, it was possible to identify three essential topics: model of the physical structure of consumption rooms; its model functional structure, and the main challenges and proposals for their opening. The results found in this study should be a starting point for future research and/or help to the implementation and opening of these rooms in the city of Porto.

Keywords: drugs, assisted consumption rooms, city of Porto, focus group

Résumé

L'usage de drogues continue à être un problème de santé publique, selon laquelle permet d'assimiler de nouvelles façons de regarder ce phénomène. En Portugal, le débat sur l'ouverture des salles de consommation assistée a été très encouragé, non seulement parce qu'ils existaient dans autres pays du monde, mais aussi par le fait que en Portugal ils sont déjà légistes, mais sans aucune application pratique. Ce travail a l'objectif principal d'analyser la perception de plusieurs acteurs sociales importants dans ce contexte, à partir de la méthode des groupes de discussion, afin de permettre identifier et de mettre en place une idée de comment ça pourrait être une salle de consommation a ouvert dans la ville de Porto. Les résultats arrivés par l'analyse de contenu, permis d'identifier trois thèmes essentiels : le modèle de la structure physique des salles de consommation assistée ; leur model de structure fonctionnelle et des défis pour leur ouverture. Les résultats de cette étude devraient être un point de départ pour les futures recherches et/ou aidé l'ouverture de ces salles dans la ville de Porto.

Mots clés : drogues, salles de consommation assistée, ville de Porto, groupe de discussion

Índice Geral

Introdução	1
Enquadramento	4
1. O fenómeno das drogas.....	4
2. Redução de riscos e minimização de danos	7
3. Salas de consumo assistido: A realidade em Portugal	9
Método	16
1. Objeto de estudo, questões de investigação e objetivos.....	16
2. Opções metodológicas	16
3. Participantes	17
Resultados	18
Discussão	33
1. Modelo da estrutura física da sala.....	33
2. Modelo de funcionamento da sala de consumo assistido.....	36
3. Desafios e propostas	39
Considerações Finais	42
Referências	44
Anexos.....	50
Anexo A – Questões do <i>Focus Group</i>	51
Anexo B – Consentimento Informado.....	52
Anexo C – Grelha Transversal	53

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estrutura da análise de conteúdo.....	18
Tabela 2. Modelo da estrutura física da sala.....	19
Tabela 3. Modelo da estrutura física da sala: Localização.....	20
Tabela 4. Tipo de modelo da estrutura de uma SCA	22
Tabela 5. Modelo da estrutura funcional: Corpo técnico	22
Tabela 6. Modelo da estrutura funcional: Outras modalidades.....	23
Tabela 7. Modelo da estrutura funcional: Dinâmica da sala.....	24
Tabela 8. Modelo da estrutura funcional: Serviços oferecidos	25
Tabela 9. Modelo da estrutura funcional: Regulamento	26
Tabela 10. Desafios e Propostas: Desafios médicos	27
Tabela 11. Desafios e Propostas: Desafios financeiros.....	28
Tabela 12. Desafios e Propostas: Desafios sociais.....	29
Tabela 13. Desafios e Propostas: Desafios políticos.....	30
Tabela 14. Desafios e Propostas: Falta de informação	31
Tabela 15. Desafios e Propostas: Relação custo-benefício.....	32
Tabela 16. Desafios e Propostas: Revisão da legislação.....	32

Lista de Abreviaturas

%	Frequência relativa
APDES	Agência Piaget para o Desenvolvimento
e.g.	Por exemplo
i.e.	Isto é
IHRA	<i>International Harm Reduction Association</i> (Associação Internacional de Redução de Danos)
ISPUP	Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
n	Frequência absoluta
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
PICo	População, fenómeno de interesse e contexto
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SCA	Sala de Consumo Assistido
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

O uso de drogas é um fenómeno social que percorre toda a sociedade, independentemente da cultura, etnia ou do estrato social e, nesse sentido, tem sido considerado por muitos, um objeto de estudo já que se associa a diversos riscos pessoais/individuais e coletivos/sociais/comunitários. Em Portugal, tal como acontece em outros países ocidentais, o consumo de drogas é sempre assumido como um fenómeno social complexo, alvo de preocupações sociais, individuais, políticas e científicas (Fonte & Manita, 2003).

Com o aumento de consumidores de drogas, as preocupações são igualmente crescentes a diversos níveis, tendo surgido, ao longo dos tempos, várias iniciativas, respostas e dispositivos com o intuito de combater este flagelo. Nesta linha e tal como Pinto e Peixoto (2003) asseguram, a implementação da redução de riscos e minimização de danos (RRMD) tem sido assumida como uma das medidas de combate à droga de crucial importância, na medida em que diversos estudos têm vindo a mostrar um envelhecimento da população consumidora, refletindo, normalmente, histórias de vida complicadas, pelo que se pode dizer que os consumidores de hoje são absolutamente diferentes daqueles que consumiam há uns anos atrás, uma vez que a degradação bio-psico-social a que chegaram é bastante elevada.

De facto, à medida que os consumos vão crescendo ao longo da trajetória de vida do indivíduo, a degradação física, moral e sociofamiliar acompanham este trajeto, pelo que muitas das respostas disponíveis, como é o caso dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes não conseguem colmatar as necessidades de todos os consumidores, nem conseguem, inclusivamente, chegar a uma parcela de consumidores que ficarão de fora pelo facto de a sua adesão aos tratamentos ser bastante difícil, e frequentemente, impossível (Pinto & Peixoto, 2003).

Por outro lado, não podemos esquecer que o consumo de drogas ocorre na rua e em qualquer lugar. Mata e Fernandes (2016), numa análise dos seus diários de rua constataram que quando os primeiros dispositivos de combate à droga surgiram, estes eram essencialmente orientados para o indivíduo-doente, numa abordagem claramente interventiva. Hoje em dia, com o desenvolvimento das políticas de RRMD o olhar não é apenas lançado para o indivíduo consumidor, mas também para o *setting* (contexto) no qual o consumo ocorre. Estas políticas permitem, cada vez mais, a proximidade com as

populações consumidoras, transformando os lugares degradados em lugares terapêuticos de escuta ativa dos contextos marcados pelo sofrimento social. Na verdade, o consumidor de drogas passa a ser visto como um sujeito ativo, capaz de uma atitude reflexiva acerca do seu percurso de vida, existencial e transgressivo.

Por conseguinte, a RRMD integra intervenções, programas e políticas que têm como objetivo reduzir os danos associados ao consumo, tanto para o indivíduo como para a sociedade em geral, ao nível da saúde pessoal e coletiva, das relações sociais e ao nível económico (Rhodes & Hedrich, 2010, p.19). Assim, a RRMD é composta por diversas respostas em conformidade com as necessidades dos indivíduos e das situações onde se encontram inseridos, sendo que se observa que a implementação das políticas e estratégias de RRMD tem vindo a ganhar relevo na Europa e em Portugal, desde a década de 80 (Pimenta & Rodrigues, 2006).

A ideia é não apenas cingir-se a uma intervenção aos consumidores de drogas que habitam no limiar da sobrevivência, mas alargar a todos os consumidores de drogas em geral, evitando os riscos associados (e.g., doenças infecciosas), bem como a redução da pobreza e da exclusão social (Pinto & Peixoto, 2003). Tal como afirmam Negreiros e Magalhães (2005) no seu estudo sobre a experiência de consumidores problemáticos de drogas sobre a partilha de seringas e equipamentos de injeção associados à prática de comportamentos de risco, é necessário criar um espaço de compreensão das experiências vividas dos indivíduos, a partir das suas próprias perspetivas, pois o risco reside em vários contextos de integração, sendo influenciado pelos valores culturais dominantes e, particularmente, pelas necessidades associadas aos contextos vivenciais dos toxicodependentes sem-abrigo onde avultam as atividades de manutenção da sua dependência numa designada *economia de rua*.

O paradigma subjacente à RRMD assenta em quatro pilares essenciais: o pragmatismo (que assenta na ideia de que o consumo fez e faz parte da história humana e, embora comporte riscos, aporta benefícios para quem as consome, sendo que este aspeto deverá ser sempre considerado na compreensão da vivência do consumidor), o humanismo (assenta no pressuposto de que todos os seres humanos nascem livres e com igualdade de direitos e dignidade, sendo que no âmbito da RRMD este pressuposto expressa-se na defesa dos direitos dos utilizadores de drogas, designadamente os relativos à alimentação, vestuários, alojamento, assistência médica e outros serviços sociais necessários a que têm direito), a não imposição da abstinência (configurada no facto de

que esta é uma decisão do consumidor, pelo que se este não conseguir ou não querer renunciar ao consumo, a RRMD deverá permitir, pelo menos, ajudá-lo na redução dos danos que o consumo pode causar a si mesmo e aos outros) e a proximidade com o consumidor que se assume como peça fundamental em todo o processo de intervenção (Carapinha, 2009).

Neste contexto, o discurso em torno da criação das salas de consumo assistido (SCA) começa a fazer eco, na medida em que apesar de a RRMD se poder configurar numa macro estratégia, ela edifica-se de micro estratégias (Fernandes & Ribeiro, 2002; Rhodes & Hedrich, 2010), sendo que as SCA se podem inserir neste âmbito de referência.

Na verdade, as SCA já existem desde 1986 na Europa e só foi anunciada a sua abertura em Portugal, este ano. Assim, numa notícia de 5 de outubro (Cardoso, 2018) é anunciada a chegada a Portugal das SCA, mais especificamente, propostas pelas câmaras municipais do Porto e de Vila Nova de Gaia, tendo como base o trabalho de intervenção na RRMD realizado pelas equipas de rua e que pertencem à APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento. De facto, a criação de SCA depende de um acordo entre o poder central e autárquico, nos termos do Decreto-Lei n.º 183/2001 e da autorização do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

Perante os recentes desenvolvimentos sobre esta temática, afigura-se pertinente compreender a perceção de diversos atores sociais sobre como deveriam estruturar-se e funcionarem estas salas, sendo o objetivo central do presente trabalho. Este não é um tema consensual e enquadra-se numa problemática complexa de consumo, que afeta o indivíduo, a sua família e a própria sociedade/comunidade.

O presente trabalho encontra-se configurado em quatro pontos essenciais. No primeiro ponto, procura-se realizar um breve enquadramento teórico relativamente à criação das SCA no Porto, bem como a sua interligação numa intervenção de RRMD. O segundo apresenta a metodologia utilizada, na qual se definem as principais questões de investigação, objetivos, paradigma do estudo, caracterização dos participantes, do método e da análise dos dados. O terceiro e o quarto ponto remetem para a apresentação dos resultados e sua discussão, à luz da revisão teórica realizada, respetivamente. Em seguida são tecidas algumas considerações finais que pretendem fazer um balanço entre os pontos fortes e limitações/constrangimentos sentidos, procurando-se apresentar orientações para futuras investigações.

Enquadramento

1. O fenómeno das drogas

Todos os tipos de drogas são substâncias que possuem propriedades psicoativas, logo suscetíveis de provocar um certo tipo de dependência, seja ela física e/ou psicológica (Escohotado, 2004). Pode-se afirmar que o uso de drogas foi usado, ao longo dos tempos, com objetivos diferenciados, todavia, não deixam de ser substâncias introduzidas voluntariamente no organismo (Fernandes, 2009).

O uso de drogas, o seu abuso e a dependência a ela associada são conceitos diferenciados, sendo que todos eles refletem a forma como o indivíduo se relaciona com a(s) substância(s), bem como ao meio onde o mesmo se encontra inserido, tornando esta questão mais complexa do que aquilo que possa parecer (Galhardo, Cardoso, & Marques, 2006).

Quando um indivíduo utiliza drogas de forma esporádica, quase não continuada, não se pode afirmar que o mesmo possa ter prejuízos na sua vida pessoal e social devido ao consumo. A problemática coloca-se quando a dependência com a substância se instala, acarretando prejuízos na vida do indivíduo, pressupondo um padrão continuado e com riscos associados (Fernandes & Carvalho, 2003).

Todas as drogas são diferentes, pelo que existem várias classificações das mesmas. Os seus efeitos são igualmente diferentes (e.g., depressoras, estimulantes) quer seja por comparação entre as diversas drogas (e.g., entre a heroína e a cocaína), quer seja por comparação ao próprio indivíduo, significando que os efeitos de consumo são diferentes de indivíduo para indivíduo e no próprio indivíduo em função de inúmeras variáveis (Hser, Longshore, & Anglin, 2007).

Nesta linha de pensamento, pode-se afirmar que existem múltiplas razões pelas quais os indivíduos se tornam consumidores, sendo que, na maioria das vezes, as razões são concomitantes e não radicam apenas em uma (e.g., emocionais, físicas, sociais, relacionais, intelectuais). Independentemente do motivo pelo qual o indivíduo é impelido para o consumo, importa sublinhar que o abuso de drogas afeta a saúde física, emocional, psicológica e relacional do consumidor, dos seus familiares e significativos mais próximos (Frisher & Beckett, 2006), sendo que o consumo se estende a todos os estratos e

setores sociais, bem como a indivíduos com níveis socioeconómicos e socioprofissionais diferentes (Fernandes, 2009).

Os consumidores habituais de drogas são aqueles que sentem necessidade (física e psicológica) de consumir, sendo que surgirá uma síndrome de abstinência com sintomas associados, caso não consumam. Estes indivíduos sentem-se aprisionados, chegando ao desespero e à sensação de vazio interior. O comportamento é cada vez mais impulsivo e incontrolado, sendo que a destruição pessoal e dos outros é uma realidade. O indivíduo é escravo da substância e se não tem qualquer ajuda o que lhe espera é uma morte dolorosa (Romaní, 2008; San Julián & Valenzuela, 2009).

No fundo, pode-se dizer que estes são indivíduos que perderam o controlo relativamente ao consumo das drogas, continuando a utilizá-las independentemente do efeito que estas lhes provocam nas diversas dimensões da sua vida (Galhardo et al., 2006; Whiteacre & Pepinsky, 2002). Assim, a dependência é física e psicológica, decorrente de uma ação recíproca entre o organismo vivo e a droga, que se caracteriza por mudanças no comportamento e por outras reações que compreendem sempre um impulso irreprimível para consumir a droga de forma continuada e periódica, a fim de experimentar os efeitos psíquicos e, por vezes, evitar o mal-estar decorrente da privação (Romaní, 2003).

O consumo de drogas e o seu abuso é, hoje em dia, um dos mais sérios problemas de saúde pública, pese embora os muitos investimentos mundiais que têm sido realizados pela sociedade e comunidade científica, na compreensão e intervenção sobre este flagelo, nem sempre com resultados bem-sucedidos (Fernandes, 2009).

As consequências mais associadas ao abuso de drogas dizem respeito à *overdose*, que pode ocorrer devido ao tipo de pureza, força e pelo tipo de droga que se consome; podendo ocorrer quando a tolerância é aumentada, porque se necessita de consumir quantidades maiores para se obter o mesmo efeito e/ou pela necessidade de se utilizarem várias drogas combinadas (*cocktail*) que podem ser mortais (Frischer & Beckett, 2006).

Os problemas de saúde são uma outra consequência grave, não apenas sob o ponto de vista físico, como psicológico. De facto, o abuso de drogas conduz a uma deterioração dos órgãos, desnutrição e morte ou a uma enfermidade mental, associando-se diversos riscos de infeções, como o VIH (Vírus de Imunodeficiência Humana), hepatite e outras enfermidades que decorrem do uso de drogas injetáveis e partilha de materiais (Hser et al., 2007).

De acordo com Negreiros e Magalhães (2005) são diversos os modelos explicativos do comportamento aditivo, devido à sua complexidade, no entanto, este fenómeno deverá ser sempre analisado mediante parâmetros de continuidade e de mudança, sob o prisma de um modelo teórico biopsicossocial, que integra as dimensões biológica, psicológica e social (Nunes & Jólluskin, 2007).

O modelo proibicionista, por exemplo, ancora-se numa luta contra as drogas, caracterizando-se por uma imposição ao seu consumo, colocando um rótulo de criminoso ao utilizador de drogas, fomentando a sua exclusão (Cruz, Machado, & Fernandes, 2012). Já o modelo médico considera o consumidor de drogas, um doente, sendo que este consumo é tido como um problema social e sanitário que exige uma intervenção. Os consumidores de drogas carecem, por isso, de abordagens terapêuticas que devem ser implementadas por profissionais e atores multidisciplinares (Sequeira, 2006).

O modelo sociocultural possui uma visão mais alargada e completa do indivíduo, não se cingindo apenas ao consumo de drogas, que se assume como sendo um fator dinâmico e complexo (Casimiro, 2016; Dias, 2004), mas que pretende promover a integração de todas as dimensões do indivíduo na sua plenitude, já que o consumo de drogas é tido como um comportamento desviante igual a outros considerados excessivos e destrutivos para o indivíduo, a família, a sociedade e comunidade (Poiars, 2003).

Nesta linha de pensamento, Mota (2007) defende uma abordagem biopsicossocial do fenómeno da droga, porque este é uma encruzilhada física, química, psíquica, emocional, individual, legal, social e comunitária. Por conseguinte, este fenómeno situa-se no campo sociológico, médico, psicológico, jurídico, etimológico, psicanalítico, educacional, familiar e religioso, sendo resistente ao reducionismo de muitas teorias que procuram estudar a “etiologia da relação entre o uso de drogas e o homem” (...) [pois] “entre os saberes psicológicos não existe uma teoria geral das dependências” (p. 29).

Decorrente de tudo aquilo a que este fenómeno se encontra associado, não se poderia deixar de sublinhar a importância das intervenções das equipas multidisciplinares que procuram uma intervenção com RRMD, cuja descrição, implicação e funcionalidade se encontram descritas no ponto seguinte.

2. Redução de riscos e minimização de danos

Como já foi referido anteriormente, a RRMD diz respeito a uma política cujo modelo de intervenção se apresenta como uma alternativa, mas igualmente complementar aos modelos tradicionais de intervenção (Fernandes, 2014; Fernandes & Ribeiro, 2002). Trata-se de uma estratégia de saúde pública que procura controlar as possíveis consequências adversas do consumo de drogas, sem necessariamente cessar esse uso e promovendo a inclusão social e a cidadania dos utilizadores de drogas (Andrade, 2010).

Neste contexto, a *International Harm Reduction Association* (IHRA, 2010), sugere que a “redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção ao uso de drogas” (p. 5).

De uma forma mais global, pode-se afirmar que a RRMD visa prevenir ou minimizar o aparecimento ou o agravamento de danos provocados pelo consumo, focalizando-se num conjunto de atividades que promovem a redução dos danos para a saúde, bem como na redução das suas consequências sociais (Fernandes & Mata, 2018). No fundo, a RRMD é uma resposta política e social à problemática do consumo de drogas, tendo sido promovida publicamente pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (Figueiredo, 2002).

Nesta linha, a RRMD pressupõe um conjunto diferenciado de serviços e de práticas integradas, com objetivos pragmáticos, focalizados na diminuição dos riscos e danos decorrentes do uso de drogas, como por exemplo os programas de troca de seringas, o fornecimento de material asséptico de consumo, os serviços de aconselhamento, os programas de substituição opiácea, a educação pelos pares e equipas de proximidade (Busch, Eggerth, Klein, & Weigl, 2015; Nardi & Rigoni, 2005) e, naturalmente, as SCA (Laenen et al., 2018).

Neste sentido, pode-se afirmar que os programas de redução de danos não possuem como objetivo principal a abstinência para se iniciar o tratamento, mas antes encorajar a redução gradual de riscos, colocando-se a ênfase em objetivos que são possam ser exequíveis, como é o caso do recurso a modos mais seguros de administração da substância (Carapinha, 2009).

Interessantemente, o aparecimento da RRMD esteve mergulhado em grandes polémicas cujos argumentos giravam em torno do facto de o seu objetivo prioritário não ser a abstinência dos consumos, sendo olhada, inclusivamente, como uma forma de

incentivo aos consumos (Andrade et al., 2007). Diversas críticas foram tecidas aos programas de troca de seringas, por exemplo, pois dizia-se que seria uma forma de incentivar e promover o consumo (Costa, 2001; Fernandes & Mata, 2018). Apesar disso, o que é certo, é que o reconhecimento destes programas tem sido uma realidade, pois há dados que refletem ganhos na saúde, proporcionados pela RRMD (Busch et al., 2015).

O conceito de “risco” e “dano” são diferenciados, sendo que o primeiro diz respeito a algo que ainda não aconteceu enquanto o segundo a sua concretização (Andrade, 2010). Deste modo, considera-se que evitar o dano seria uma atitude mais pragmática do que evitar o risco, pois nem sempre ocorre um dano em situações de risco (Cruz, 2005).

Assim sendo e, como anteriormente assinalado, a RRMD possui princípios básicos pelos quais se orienta (pragmatismo, humanismo, não imposição da abstinência e a proximidade), pelo que os seus procedimentos e estratégias passam pelo ensino (educação); pela disponibilidade ambiental de materiais e equipamentos; pela reformulação das práticas públicas e legislativas, entre outros (Carapinha, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002).

Na perspetiva de Andrade (2010), os princípios da redução de danos são igualmente uma referência para a comunidade em geral, na medida em que:

(...) medidas que tomem como ponto de partida as condições de vida, as dificuldades e possibilidades de cada uma destas populações – portanto em sintonia com os princípios de redução de danos – estarão muito mais propensas ao sucesso do que aquelas adotadas verticalmente no sentido de fazer desaparecer cada um destes problemas sociais (p. 94).

De acordo com Ferreira-Borges e Filho (2004) a RRMD consagrou-se, em Portugal, com a elaboração da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, que foi implementada em 2001, a partir da qual foram emergindo as Equipas de Rua, os Centros de Acolhimento e Centros de Abrigo, os Programas de substituição opiácea, de troca de seringas e de distribuição de preservativos. No entanto, a sua maior disseminação ocorre grande parte devido à problemática da infeção pelo VIH (Carbonário, 2016).

Neste contexto, a RRMD é, hoje em dia, vista como uma das principais intervenções de saúde pública (Rhodes & Hedrich, 2010), tendo vindo a demonstrar resultados positivos ao longo dos anos e em diversos países (Stone, 2016). Estudos têm

mostrado evidências nos ganhos e no impacto destas estratégias no comportamento dos utilizadores de drogas, nomeadamente a diminuição da transmissão do VIH entre os utilizadores de drogas endovenosas; diminuição da transmissão de infeções como a hepatite B e C, cuja vulnerabilidade é maior no seio destas populações e diminuição das comorbilidades associadas ao consumo (Campos, 2017; Laenen et al., 2018).

Como referido, as SCA podem ser assumidas como uma forma de intervenção de RRMD, uma realidade presente em diversos pontos do mundo, com o objetivo de melhorar, em primeira instância, a saúde e o bem-estar dos utilizadores de drogas. Por esse motivo e porque as SCA são o foco central do presente trabalho, serão abordadas no ponto seguinte.

3. Salas de consumo assistido: A realidade em Portugal

As SCA são unidades de saúde supervisionadas por profissionais, nas quais os consumidores de droga podem consumir em condições mais seguras. De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT, 2018) estas salas pretendem atrair populações de consumidores mais difíceis de contactar, nomeadamente os grupos marginalizados e aqueles que consomem drogas na via pública e em outras condições de risco e de falta de higiene. Estudos realizados têm corroborado a ideia de que a implementação das SCA aporta benefícios, nomeadamente quando perto da população-alvo marginalizada (e.g., Laenen et al., 2018; Potier, Laprévotte, Dubois-Arber, Cottencin, & Rolland, 2014), podendo incrementar uma melhoria nas suas condições de higiene e proporcionando um consumo mais seguro, para além dos benefícios mais gerais associados à saúde e ordem pública (e.g., Lloyd-Smith et al., 2009).

De facto, as SCA têm como principal objetivo propiciar condições higiénicas e seguras para os consumidores de drogas, com o intuito de diminuir os danos para si próprios e para a sociedade onde estão inseridos, num contexto com profissionais adequados (e.g., enfermeiros, médicos e outros técnicos) e onde não existe qualquer julgamento moral sobre as suas ações (Alloni & Paiva, 2017; Schatz & Nougier, 2012). Assim sendo, estas salas pretendem diminuir a morbilidade e a mortalidade, disponibilizando um ambiente seguro, com condições de maior higiene e instruindo os utentes sobre práticas de consumo mais seguras (OEDT, 2018; Watson et al., 2003)

A primeira SCA surgiu na Suíça, em 1986, com o objetivo de diminuir o número de infecções por VIH e de mortes relacionadas com as drogas e com o aumento do fenómeno das drogas, e todas as suas consequências inerentes espalhadas pela Europa (Schäffer, Stöver, & Weichert, 2014). Em anos posteriores, foram criadas outras cuja eficácia começa a ser divulgada, um pouco por todos os países do mundo, designadamente, em abril de 2018, existiam 31 SCA em 25 cidades dos Países Baixos; 24 em 15 cidades da Alemanha; 5 em 4 cidades da Dinamarca; 13 em 7 cidades de Espanha; 2 em 2 cidades da Noruega; 2 em 2 cidades de França; 1 no Luxemburgo e 12 em 8 cidades da Suíça. Também em abril de 2018 foram anunciados em Lisboa as localizações e a área de operação de dois equipamentos fixos e de uma unidade móvel de consumo assistido de droga, esperando-se que entrem em funcionamento no segundo semestre de 2018 e no início de 2019 (OEDT, 2018).

Existem evidências de que as SCA são, de facto eficazes, no que respeita aos cuidados dados aos consumidores de drogas, assim como ao reencaminhamento para tratamento; aos serviços sociais prestados; à diminuição da transmissão de doenças infecciosas e ao claro decréscimo de material injetável utilizado no consumo, deixado em lugares públicos, como sejam as seringas (Lloyd & Godfrey, 2010; OEDT, 2018). Estudos têm, igualmente mostrado, uma diminuição de mortes causadas por *overdose* (e.g., Milloy & Wood, 2009; OEDT, 2018).

A eficácia das SCA também parece encontrar-se associada a uma maior adesão aos tratamentos da toxicodependência, incluindo os programas de substituição opiácea. Por exemplo, um estudo de coorte canadiano comprovou que a frequência da sala de Vancouver estava associada a maiores taxas de encaminhamento para centros de tratamento da toxicodependência e a maiores taxas de adesão aos tratamentos de desintoxicação ou a Programas de Substituição de Baixo Limiar de Exigência (DeBeck et al., 2011).

Apesar de os indicadores de eficácia serem bastante animadores, a implementação de SCA tem levantado algumas questões e desafios por parte dos diversos atores envolvidos.

Nesta linha, uma das questões que tem nortado a conceção das SCA prende-se com a sua tipologia. Na verdade, na literatura é possível encontrarmos três modelos estruturais das SCA que podem ser diferenciados: um modelo móvel, que se assemelha às

equipas de rua, apresentando como vantagem o facto de poder cobrir uma área geográfica mais abrangente; um modelo integrado, que é o mais comum e completo, pois para além das condições oferecidas pelo modelo especializado, oferece igualmente apoios psicossociais que vão desde a alimentação, o banho e cuidados com a roupa; e, o modelo especializado, que consiste em dar aos utilizadores condições de higiene e segurança para consumirem, fornecendo materiais, informações sobre práticas de consumo e um espaço onde podem ser vigiados após o consumo, assegurando que tudo corre conforme previsto (OEDT, 2018; Schäffer et al., 2014).

Um outro aspeto em discussão remete-nos para a localização das SCA, ou seja, onde é que estas devem ser implementadas. Neste âmbito, as posições divergem. A literatura apresenta estudos que mostram alguma preocupação da comunidade relativamente ao local de implementação das SCA, na medida em que defendem a ideia de que a sua implementação num determinado local irá potenciar a criminalidade circundante, reforçando, assim, os comportamentos de consumo existentes (Kimber, Dolan, & Wodak, 2005; Öner, 2014; Stevens, 2007).

Neste âmbito, o OEDT (2018) refere que “nada indica que a disponibilidade de instalações de consumo mais seguro de droga injetada aumente o consumo de droga ou a frequência com que é injetada” (p. 5). Antes pelo contrário, verifica-se que “estes serviços facilitam a entrada em tratamento e não o seu adiamento, e não fazem aumentar as taxas de criminalidade relacionadas com a droga a nível local” (p. 5).

Na verdade, os estudos de avaliação têm revelado um impacto global positivo nas comunidades onde estas instalações estão localizadas. Assim, de um modo geral, os centros de tratamento da toxicodependência com instalações de consumo assistido, foram bem aceites pelas comunidades e empresas locais (e.g., Thein, Kimber, Maher, MacDonald, & Kaldor, 2005). A sua criação foi associada a uma diminuição do consumo público de drogas injetadas (e.g., Salmon, Thein, Kimber, Kaldor, & Maher, 2007) e à redução do número de seringas abandonadas no espaço público (Wood et al., 2004). Por exemplo, em Barcelona, o número de seringas abandonadas sem qualquer proteção, recolhidas nas vizinhanças dos locais de consumo, diminuiu para um quarto (de uma média mensal de mais de 13 000 em 2004, para cerca de 3 000 em 2012; Vecino et al., 2013).

Outros estudos (e.g., Belackova, Salmon, Schatz, & Jauncey, 2018) têm igualmente sugerido que 74% das SCA se encontra localizada perto de transportes, facilitando assim o acesso às mesmas.

Outros aspetos igualmente discutidos em torno da implementação das SCA dizem respeito à sua forma de funcionamento e aos principais desafios que são colocados aos profissionais de saúde. Estudos têm mostrado que as SCA devem ser implementadas em função das características e padrões de consumo. Curiosamente, um estudo realizado por DeBeck et al. (2011) mostrou que em determinadas zonas em que se registou um aumento do consumo de drogas inaláveis, nomeadamente de cocaína-crack fumada, as instalações que inicialmente eram destinadas a consumidores de drogas injetadas, começaram a alargar os seus serviços à inalação assistida. Este estudo mostrou, portanto, a necessidade de as SCA serem flexíveis a ponto de se irem adaptando às diversas mudanças que se associam aos comportamentos de consumo (García, 2015).

Um outro aspeto crucial é a necessidade de as SCA terem um serviço articulado com outras instituições de saúde, nomeadamente hospitalais, centros de saúde, centros hospitalares, entre outros, para que a resposta possa ser rápida, adequada e eficaz. Em Espanha, por exemplo, existe já uma SCA inserida num hospital que articula o seu trabalho com o serviço nacional de saúde e, observa-se que as restantes salas existentes trabalham também com este organismo de saúde público (Schatz & Nougier, 2012).

Para além destes aspetos, há estudos que referem a necessidade de nas SCA existir a naloxona e o *drug checking*, que são dois serviços fundamentais neste tipo de instalações (Busch et al., 2015; Hungerbuehler, Buecheli, & Schaub, 2011; Solai, Aber, Benninghoff, & Benaroyo, 2006). De facto, Busch et al. (2015), consideram a naloxona segura para ajudar a diminuir as mortes provocadas por *overdose*. Já o *drug checking* é um serviço que permite que exista uma análise da substância que vai ser consumida para que os riscos sejam menores para os consumidores, uma vez que a substância pode ter componentes desconhecidos (Hungerbuehler et al., 2011), pelo facto de ser comercializada no “mercado negro”.

São, na verdade, diversos os desafios, nomeadamente éticos, que são colocados na implementação das SCA, pelo que é importante que sejam criados regulamentos de admissão nestes espaços. Schatz e Nougier (2012) referem alguns exemplos sobre os critérios de admissão ou elegibilidade dos indivíduos nas SCA. Assim, por exemplo, na

Austrália, só podem frequentar as SCA indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, já dependentes de drogas, sendo interdita a entrada de mulheres grávidas ou com crianças. No Canadá, não existem critérios de admissão. Já na Alemanha, a idade permitida varia de acordo com os diversos estados onde as SCA estão implementadas; os indivíduos têm que ser já dependentes de drogas e não podem entrar intoxicados. No Luxemburgo, as regras são idênticas às da Austrália, sendo que é ainda necessário a assinatura de um “contrato de utilização”. Este contrato é igualmente um critério de elegibilidade na Holanda. Já na Noruega, os critérios de admissão passam pela admissão apenas de indivíduos dependentes de heroína, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo obrigatória a assinatura do “contrato de utilização”, devendo estes apresentar uma história de consumo de heroína de longo prazo. No caso da Espanha e, mais especificamente em Barcelona, as condições de admissão passam pela idade igual ou superior a 18 anos e pela assinatura do “contrato de utilização”.

Em suma, pode-se afirmar que a implementação de SCA proporciona benefícios diversos, como a melhoria da segurança e da higiene do consumo de drogas, especialmente para os utentes regulares; um maior acesso aos serviços de saúde e assistência social e uma redução do consumo de droga em público, bem como das perturbações que lhe estão associadas (OEDT, 2018). Apesar destas evidências e dos esforços efetuados, existem ainda inúmeros consumidores que não têm acesso a estes serviços devido a barreiras legais, políticas e sociais, deixando clara a necessidade urgente de que mais países lutem pelas suas políticas de RRMD, com a inclusão das SCA (Öner, 2014).

No âmbito deste novo paradigma de RRMD, Portugal assumiu um papel pioneiro através de uma alteração legislativa que assenta em dois pilares fundamentais: a descriminalização do uso de qualquer substância ilícita (Lei n.º 30/2000 de 20 de novembro) e o Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, que regula a RRMD.

Se, por um lado, Portugal apresenta um modelo de descriminalização do consumo de drogas, assim como uma política de redução de danos promissora, sendo altamente referenciado por muitos países desenvolvidos no que respeita ao tema, por outro a implementação da legislação na prática não se concretiza na sua plenitude, nomeadamente no que diz respeito às SCA.

O Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho prevê um conjunto de respostas sociais e sanitárias, tais como gabinetes de apoio, centros de acolhimento, programas de trocas de seringas, equipas de rua e salas de consumo vigiado, no entanto, as SCA nunca chegaram a ser implementadas.

Na verdade, o relatório do OEDT (2018) referencia que em abril de 2018 foram anunciadas, em Lisboa, as localizações e a área de operação de dois equipamentos fixos e de uma unidade móvel de consumo assistido. Espera-se que os serviços entrem em funcionamento no segundo semestre de 2018 e no início de 2019.

A implementação de SCA no Porto é um tema pouco falado, todavia, pela sua clara importância, em 14 de dezembro de 2017, uma notícia no Público¹, escrita pela jornalista Clara Viana, referencia um estudo que foi realizado pelo ISPUP (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto) e que sublinha que dos 576 toxicodependentes e ex-consumidores entrevistados na rua, com uma média de idades de 44,1 anos, 98% afirmaram-se favoráveis à existência, no Porto, de uma SCA; 90% disseram que a utilizariam se existisse e 72% propuseram que se localizasse num local próximo dos bairros de venda e consumo.

Curiosamente, o mesmo estudo mostrou que, após contacto telefónico com 482 adultos (dois terços com mais de 65 anos), cerca de 70% concordou com a criação de uma SCA e destes, 42% aceitariam que essa SCA se localizasse perto da sua zona de residência. Na verdade, as justificações dadas para a implementação de uma SCA no Porto passaram pelas vantagens que as mesmas aportam não apenas para os consumidores locais, como também para a própria comunidade e turistas que visitam a cidade. Outras justificações passam pela melhoria da saúde dos consumidores e pela oferta de melhores condições de higiene, contrapostas com os locais públicos, da rua, onde costumam consumir, mesmo estando “sujos de sangue e seringas”.

Nesta linha de pensamento, em janeiro de 2018, uma outra notícia no Público² escrita pela jornalista Natália Faria, refere que João Goulão (Diretor do SICAD) defende que “seria útil avançar com uma sala de consumo assistido no Porto”, uma vez que apesar de já estarem previstas pela Lei desde 2001, não têm existido condições políticas que

¹ Consultada em <https://www.publico.pt/2017/12/14/sociedade/noticia/estudo-mostra-apoio-a-criacao-de-uma-sala-de-chuto-no-porto-1795898>

² Consultada em <https://www.publico.pt/2018/01/11/sociedade/entrevista/seria-util-avancar-com-uma-sala-de-consumo-assistido-no-porto-1798886>

permitissem o seu avanço. Refere também que houve inúmeras recaídas entre antigos consumidores, e hoje, voltou a haver população significativa a injetar com ausência total de condições de higiene, privacidade e dignidade. Nessa notícia, é ainda possível ler que a articulação com outras estruturas e entidades de saúde é fundamental, como por exemplo o envolvimento dos médicos de família dos centros de saúde. Da mesma forma, o Diretor do SICAD afirma que a naloxona por via inalatória está em apreciação pelo Infarmed e, será brevemente distribuída às equipas de rua.

Atendendo às diversas investigações e discussões sobre a temática, as opiniões sobre a forma como uma SCA deve ser implementada ainda se encontram divididas, havendo arestas que, com o tempo e com a partilha de opiniões, no futuro terão que ir sendo limadas. Por outro lado, pelo facto de não existir qualquer experiência com uma SCA em contexto português, é natural que as questões e os desafios se coloquem, sendo que há determinados aspetos que não podem ser antecipados, uma vez que só com a sua implementação prática poderão ser refletivos e encontradas novas readaptações e/ou alterações da sua estruturação e do seu funcionamento.

De facto, são vários os atores sociais que consideram a importância da implementação das SCA na cidade do Porto (o segundo grande centro urbano do país). É neste contexto que nasce o presente trabalho que pretende auscultar as posições de diversos atores intervenientes neste âmbito, com o intuito de contribuir para o desenho da implementação de uma SCA na cidade do Porto, podendo assumir-se como ponto de referência para outros dispositivos que entretanto poderão ser implementados em outros pontos do país (nomeadamente Lisboa). Por conseguinte, em seguida, é apresentado o estudo empírico que foi realizado.

Método

1. Objeto de estudo, questões de investigação e objetivos

O objeto de estudo desta dissertação é focado nas perceções de diferentes atores sociais sobre como deveria ser desenhada uma SCA na cidade do Porto, com o objetivo de contribuir com um desenho mais satisfatório e efetivo da implementação das SCA no Porto. Em consequência, foram estabelecidas as seguintes questões de investigação que se encontram configuradas no acrónimo PICO – população, fenómeno de interesse e contexto:

1. O que pensam os participantes sobre o modelo da estrutura física mais adequada a uma SCA na cidade do Porto?
2. Quais as principais características mais valorizadas pelos participantes no funcionamento de uma SCA na cidade do Porto?
3. Quais os principais desafios e propostas que os participantes consideram relativamente à implementação de uma SCA na cidade do Porto?

Tendo estas questões de investigação como ponto de partida, foram definidos os principais objetivos, nomeadamente:

1. Saber, com base na opinião dos participantes, qual o formato/modelo mais adequado de uma SCA à população portuense;
2. Recolher a opinião dos participantes sobre a localização de uma futura SCA na cidade do Porto;
3. Quais as características dos profissionais e dos serviços que devem ser oferecidos nas SCA na cidade do Porto;
4. Conhecer, a partir da perspetiva dos participantes, os principais desafios e sugestões na implementação de uma SCA na cidade do Porto.

2. Opções metodológicas

Pelo facto de esta temática não ser estanque e porque as opiniões e justificações se dividem, como já referido anteriormente, optou-se por uma linha de investigação de cariz qualitativo, uma vez que esta é utilizada, essencialmente, para encontrar ou afinar as

questões de pesquisa que já existem, permitindo aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

Nas investigações qualitativas, a recolha dos dados pode ser feita de várias formas, sendo que no caso específico da presente investigação se optou pelo recurso ao *focus group* (Anexo A). Ao contrário das entrevistas individuais, o *focus group* é um método de recolha de dados que acontece através “da interação de um grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador” (Silva, Veloso, & Keating, 2014, p. 177), sendo que os participantes têm, entre si, alguma característica comum que é vista como relevante para a discussão da temática (Silva et al., 2014).

Como o tema das SCA se configura sob várias vertentes e prismas de análise que se interligam e inter-influenciam, consideramos que seria pertinente lançar um conjunto de questões balizadoras do tema, a um grupo de pessoas com relevância na temática, por forma a promover uma partilha de ideias, de pontos de vista e opiniões, no fundo uma discussão/*brainstorming* sobre o tema. Por conseguinte, o recurso ao *focus group* é justificado pelo facto de ser nossa intenção permitir a discussão sobre a temática da implementação de uma SCA na cidade do Porto, para se poder refletir, posteriormente, sobre os contributos individuais de cada um dos intervenientes.

3. Participantes

Os participantes deste estudo foram escolhidos com base nos recursos humanos que compõem uma SCA e em alguns representantes significativos da comunidade onde esta poderá vir a ser implementada. Desta forma, participaram 6 representantes, nomeadamente: (i) um médico ligado às equipas de rua e à área das doenças infecciosas; (ii) um político com uma ação pública nesta área; (iii) um educador de pares, que trabalha numa equipa de rua e, paralelamente, possui conhecimento sobre o que é estar no lugar do utente; (iv) uma técnica de redução de riscos em contexto de rua; (v) um cidadão comum, sem qualquer ligação profissional ao fenómeno em debate; e por último (vi) mas talvez um dos mais importantes, um consumidor, já que, numa primeira instância este serviço pretende ser uma resposta “amiga do utilizador”, sendo por isso importante dar *voz* aos futuros utilizadores das SCA, para que estas satisfaçam, verdadeiramente, as suas reais necessidades.

Todos os participantes assinaram um consentimento informado (Anexo B) que explicava os objetivos da investigação e a utilização futura dos dados recolhidos.

Tendo como pano de fundo os procedimentos propostos por Bardin (2011) foram analisadas as respostas dos participantes e elaborada uma grelha transversal (Anexo C) que integrou as respostas sumarizadas, em função de três domínios (temas), que se subdividiram em categorias, subcategorias, frases ilustrativas, unidades de contexto (contabilização do número de respostas de cada participante) e percentagem de resposta (em cada categoria). Neste sentido, a Tabela 1 apresenta os domínios, categorias e subcategorias que foram criadas:

Tabela 1. *Estrutura da análise de conteúdo*

Tema 1: Modelo da estrutura física da sala		Tema 2: Modelo da estrutura funcional da SCA		Tema 3: Desafios e Propostas	
Categoria	Subcategoria	Categoria	Subcategoria	Categoria	Subcategoria
Modelo Integrado e móvel	-	Corpo técnico	▪ Equipa multidisciplinar	Desafios Médicos	▪ Sim ▪ Não
Modelo Integrado em Pré-fabricado	-	Modalidades (além dos elementos fixos)	▪ Perfil pessoal ▪ Voluntários ▪ Profissionais transversais	Desafios financeiros	-
Localização	▪ Por freguesias, longe dos locais de venda e próximo dos bairros problemáticos;	Dinâmica da Sala e Envolvimento	▪ Comunitária ▪ Polícia ▪ Associações locais ▪ Redes sociais	Desafios sociais	▪ Ausência de estruturas ▪ Comunidade
	▪ Próximo dos locais de venda e consumo; ▪ Próximo de centros de saúde e de transportes		▪ <i>Drug Checking</i> ▪ Naloxona ▪ Consultas médicas ▪ Injeção assistida ▪ Interligação com outras valências/ ▪ Integração/cuidados biopsicosociais	Desafios políticos	-
		Serviços oferecidos		Falta de informação	-
Tipo de modelo	▪ Em rede	Regulamento	▪ Número de utentes ▪ Tipo de avaliação	Relação custo-benefício	-
				Revisão da legislação	-

Resultados

No sentido de analisar os resultados obtidos e para uma melhor estruturação dos mesmos, seguiremos a linha das questões de partida que foram inicialmente formuladas e que serviram de ponto de orientação do presente trabalho. Assim, *procurou-se saber o que pensam os participantes sobre o modelo da estrutura física mais adequada a uma SCA na cidade do Porto.*

Os principais resultados decorrentes do *focus group*, ao nível da estrutura física de uma SCA, apontam para um modelo integrado e ao mesmo tempo móvel (Tabela 2), tal como se pode analisar nas observações dos participantes:

Tabela 2. Modelo da estrutura física da sala

Categoria	N (%)
Modelo integrado e móvel	6 (100%)
Modelo integrado em pré-fabricado	2 (33,3%)

Fonte: Elaboração própria

P1: *Mas eu acho que nesta fase podia ser móvel, mas acho que terá sempre que ser um modelo integrado, só a parte higiénica não.*

P3: *eu sou a favor de um modelo mais integrado evidentemente, é essencial... antes de começar uma carrinha móvel, era montar tendas nos bairros com condições para isso e o pessoal consumir lá, até começar inicialmente num projeto piloto podia ser uma carrinha móvel não me acredito mesmo assim que um projeto móvel fosse satisfazer as necessidades de toda a gente porque é impossível já uma equipa de rua não o consegue satisfazer, uma sala de consumo móvel também era impossível porque leva $\frac{3}{4}$ pessoas no máximo e se as pessoas quisessem mesmo aderir não iam estar a espera porque o pessoal quer e ir consumir logo...*

P4: *quando falo numa sala de carácter comunitário é uma sala onde as pessoas possam fazer os seus consumos e criar uma relação com as equipas, criar relação com os outros e aí tendo a discordar do que seria uma sala móvel porque a questão do espaço e de criar relação com a equipa e com os outros consumidores penso que é muito importante porque cuida da vertente humana ... A minha opinião é que sim, devia haver uma sala fixa ainda que não seja assim tão fixa*

como dizem aqui, acho que era muito importante é nesta perspetiva mais integrada do que é um consumidor...

Ainda se verificou que 33,3% (n=2) dos participantes defende que a SCA poderia ser também em pré-fabricado (modelo integrado):

P3: *o mais urgente é mesmo avançar, sejam fixas físicas ou móveis, fixos... eu não sou muito a favor, ou seja, se houver um espaço físico vazio onde não houvesse... custa muito dinheiro construir uma sala de consumo de raiz e sendo fixa o problema e que o fenómeno das drogas é muito variável hoje: pode estar 5 anos num local onde haja trafico e consumo e de um momento para o outro pode desaparecer e a sala de consumo? ... Para mim seria pré-fabricados que podiam ser móveis quando acabasse aquele fenómeno naquele que se pudesse pegar meter num camião e levar para o outro lado...*

P4: *em relação as salas do porto uma das possíveis soluções e que o SICAD tem defendido é que se possam criar salas móveis num regime pré-fabricado precisamente para acautelar o que foi dito aqui que é as dinâmicas de consumo e as demografias vão variando...*

No que diz respeito à localização da SCA (Tabela 3), as opiniões são diferentes; enquanto uns defendem que deverá ser por freguesias, longe dos locais de venda e próximas dos bairros problemáticos:

Tabela 3. Modelo da estrutura física da sala: Localização

Categoria	Subcategoria	N (%)
Localização da SCA	Por freguesias, longe dos locais de venda e próximo dos bairros problemáticos	4 (66,6%)
	Próximo dos locais de venda e consumo	1 (16,6%)
	Próximo de centros de saúde e de transportes	1 (16,6%)

Fonte: Elaboração própria

P2: *acho que em cada freguesia devia haver um posto desses para as pessoas se sentirem mais confortáveis para não andarem aí a fazer esses males ao corpo tinham essas casas já próprias em cada freguesia... não era um só haver uma casa só por exemplo numa área como o porto porque ele tem grandes freguesias haver um em cada freguesia...se só houver numa parte numa cidade do porto que e grande o pessoal para mandar um caldo e ter de andar meia dúzia de km pensa vou fazer aqui já nem querem saber da casa agora se houver mais proximidade em cada sítio é muito mais fácil e eles de certeza que começam a ir a esses sítios porque é mais próximo e começa a haver muito menos essas barracas e cantos como andam a fazer ... Claro que não pode ser à beira do que está a vender, tem de ser mais distante para não haver confusão porque a venda não é permitida... e próximo dos bairros problemáticos ainda melhor...*

Outros defendem que deverá localizar-se próximo dos locais de venda e de consumo:

P5: *em relação à localização só faz sentido para mim em zona de tráfico e consumo à semelhança do que acontece em Espanha...*

P6: *concordo que deve ser onde acontece o tráfico e o consumo... eu defendo que deveria haver salas de consumo físicas e fixas espalhadas pelas zonas identificadas.*

E, outros ainda, próximo de centros de saúde e de uma rede de transportes:

P5: *acho que próximo de um centro de saúde e que houvesse esta cedência do médico que faria parte do seu horário de trabalho teria que ser um sítio com acessibilidade de transportes públicos...*

Na verdade, os participantes defendem que o modelo que deve imperar nessas SCA é um modelo em rede, ou seja em parceria umas SCA com as outras, pois ...até porque o consumidor pode ter registo numa SCA e querer ir a outra... (P4):

Tabela 4. Tipo de modelo da estrutura de uma SCA

Categoria	Subcategoria	N (%)
Tipo de modelo	Em rede (interligação entre as SCA)	2 (33,3%)

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à segunda questão de investigação, foi nossa intenção indagar quais as principais características mais valorizadas no funcionamento de uma SCA na cidade do Porto. Nesse sentido, a Tabela 5 mostra que todos os participantes defendem a existência de uma equipa técnica multidisciplinar, de valências variadas como:

Tabela 5. Modelo da estrutura funcional: Corpo técnico

Categoria	Subcategoria	N (%)
Corpo técnico	Equipa multidisciplinar	6 (100%)

Fonte: Elaboração própria

P1: *Eu acho que a partir do momento em que é um modelo integrado, além do médico e enfermeiro, terá que ter outros ou assistente social, psicólogo, técnico mais comunitário e acho que o desejável é que não seja meramente sanitário e que tenha outras valências para não reduzir a pessoas meramente ao consumo...*

P3: *penso que é o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social e o educador de pares e, até sou a favor que haja sempre dois educadores de pares nas SCA...*

P4: *concordo, ter médicos, a valência de profissional médico, enfermeiro, psicólogo, muito importante o assistente social para ligar com as questões com o acesso à cidadania e depois muito importante é do educador de pares ...*

Para além do corpo técnico, os inquiridos atribuem uma fundamental importância ao perfil dos técnicos da SCA, pois tal como sugere o P5: *...mas é como tudo, temos de escolher... que haja profissionais que estão a trabalhar nos sítios e não têm perfis para isso, mas em estruturas destas e bem montada e oleada também não se mantêm... todos os médicos servirão para trabalhar na SCA nem todos os assistentes sociais isto é o perfil... o médico o que vi era por regime de avença ou por deslocação do centro de saúde...*

Há ainda quem faça referência à necessidade de voluntários e quem aborde a profissionais transversais (Tabela 6):

Tabela 6. Modelo da estrutura funcional: Outras modalidades

Categoria	Subcategoria	N (%)
	Perfil Pessoal (Caraterísticas pessoais)	2 (33,3%)
Modalidades (além dos elementos fixos)	Voluntários	1 (16,6%)
	Profissionais transversais	1 (16,6%)

Fonte: Elaboração própria

P2: *... tem de ter, mesmo fosse voluntário ou pelo estado...*

P4: *... depois, o que acho que pode acontecer são outro tipo de profissionais com outro tipo de valências que esporadicamente possam fazer atividades com outro tipo de equipamentos ... Haver um jurista das 3 ou 4 salas que funcionavam no Porto...*

Ainda ao nível do funcionamento da SCA e no que toca à dinâmica da sala, 83,3% (n=5) dos participantes defende uma abordagem comunitária, com o envolvimento de outras valências comunitárias, como a polícia, associações locais e redes sociais (Tabela 7):

Tabela 7. Modelo da estrutura funcional: Dinâmica da sala

Categoria	Subcategoria	N (%)
Dinâmica da sala	Comunitária	5 (83,3%)
Envolvimento	Polícia	2 (33,3%)
	Associações locais	1 (16,6%)
	Redes sociais	1 (16,6%)

Fonte: Elaboração própria

P1: ... claro que tinham de ser envolvidas associações locais, tem de ser um projeto com envolvimento comunitário, tinha de se ouvir as pessoas e informar ...

P2: ...vamos encaminhar com todo o respeito e eles começam a ganhar confiança com a polícia que é o que falta haver a confiança com as autoridades falta muito isso...

P4: ... eu acho que uma sala de injeção assistida é um grande desperdício se for vista apenas como uma sala de injeção assistida por isso acho que deve ser uma sala com carácter comunitário...com a polícia, tem de haver um espaço para que todos coloquem sua questão...outro trabalho muito importante que se faz é a mesa de drogas aqui podia ter outro nome é a equipa das salas de consumo assistido uma vez por mês reunir com os representantes do bairro...

P5: ... o favorecer o contato com a família a questão dos banhos, a lavandaria... Na zona histórica eu acho que depende de como é abordado toda aquela comunidade é martirizada pelo fenómeno da droga perderam filhos e netos eu tenho vizinhos que me pedem para ir à rua escura buscar o filho eu não me acredito que estas pessoas sejam contra uma sala de consumo assistido...

Da mesma forma, e no que toca aos serviços oferecidos a Tabela 8 assinala a necessidade de uma integração com os cuidados biopsicossociais, articulação com outras valências, para além da injeção assistida, a necessidade do *drug checking*, da naloxona e realização de consultas médicas:

Tabela 8. Modelo da estrutura funcional: Serviços oferecidos

Categoria	Subcategoria	N (%)
Serviços oferecidos	<i>Drug Checking</i>	1 (16,6%)
	Naloxona	1 (16,6%)
	Consultas médicas	1 (16,6%)
	Injeção assistida	1 (16,6%)
	Interligação com outras valências/	1 (16,6%)
	Integração/cuidados biopsicossociais	2 (33,3%)

Fonte: Elaboração própria

P2: ... *E essas salas são boas para isso também, tem de haver alguém que perceba do que é droga, não é só ser droga, há drogas que hoje em dia, por exemplo, é pó de azulejo e mata-te logo que injetas aquilo. Nessas casas ter uma pessoa em cima disso, ver o pacote que vais consumir e ver se podes consumir à vontade... porque era uma vergonha ter uma casa dessas e um gajo morrer lá dentro por ter consumido terra. Uma casa que está a fazer que haja condições para uma pessoa que anda nas drogas deve, oferecer essas condições, ter esses cuidados e acho que era muito bom e já devia haver há muitos anos...*

P5: *É uma atividade, mas não é para testar antes de consumir, porque as pessoas quando vão consumir já vão com o tempo muito contado, irresponsabilidade seria abrir sem a presença da naloxona de livre acesso isso não...*

P2: ...*o que temos aqui de mal é os dentes porque é uma educação que nunca tivemos, que devíamos ter tido desde a escola... como há médicos de família devia haver médico dentista familiar em todos os postos só aí resolvia muito a questão das pessoas serem novos e parecerem velhos, porque quem anda nas drogas os dentes vão logo à vida...*

P4: ... *eu tendo a olhar para isto a partir de uma perspetiva de direitos humanos, por isso e em função do que conheço da experiência internacional, eu acho que uma sala de injeção assistida*

é um grande desperdício se for vista apenas como uma sala de injeção assistida, por isso acho que deve ser uma sala com carácter comunitário e por isso eu acho e quando falo numa sala de carácter comunitário é uma sala onde as pessoas possam fazer os seus consumos e criar uma relação com as equipas, criar relação com os outros ...

P5: *... uma das coisas que vi resultar bem algumas delas eram paredes coladas com centro de saúde e o médico da SCA era o médico destacado do centro de saúde isto em termos se queremos integração plena nos cuidados de saúde primária no sistema nacional de saúde parece-me que é por aqui... lá fora as pessoas têm cuidado, tomam banho, comem... No bar ou no café há atividades não se fala de drogas, não se fala de cadeias, não se fala de doenças... todos os técnicos falam da mesma forma ... estimulam a que a conversa seja “esquece” não se anda naquele círculo o mundo é mais que isso se tiver a dar uma notícia na tv vamos discutir a tua opinião, o que pensas, isto é um treino, discos... toda agente ouviu chutos, é esta saúde mental que se vive no espaço portanto aqui o consumo de drogas embora seja uma SCA a questão de assistir ao consumo passa ali completamente...*

Verificou-se, ainda que 66,6% (n=4) dos participantes consideram a necessidade de existir um regulamento relativamente ao número de utentes de uma SCA, bem como o protocolo de avaliação que deve ser utilizado (Tabela 9):

Tabela 9. Modelo da estrutura funcional: Regulamento

Categoria	Subcategoria	N (%)
Regulamento	Número de utentes e tipo de avaliação	4 (66,6%)

Fonte: Elaboração própria

P1: *...são questões metodológicas que só com o início é que se vai ver...*

P3: ...*Sim essas coisas são sempre decididas pela equipa caso a caso é uma discussão onde dificilmente há consenso, os casos são sempre decididos em equipa...*

P4: ...*Sei que existe uma regra na lei que diz que no máximo 10 pessoas em simultâneo...*

P5: ...*isso é decidido pela equipa técnica...*

Por último, procurou-se identificar os principais desafios que os participantes consideram relativamente à implementação de uma SCA na cidade do Porto, bem como indagar algumas sugestões/propostas.

Nesse sentido, existem participantes que consideram a existência de desafios médicos, enquanto outros não (Tabela 10):

Tabela 10. Desafios e Propostas: Desafios médicos

Categoria	Subcategoria	N (%)
Desafios médicos/profissionais de saúde	Sim	4 (66,6%)
	Não	2 (33,3%)

Fonte: Elaboração própria

P1: ...*a nível médico a visão que temos de ter é uma visão de RRMD em primeiro lugar e, por outro lado, também a questão das complicações associadas ao consumo neste contexto injetável, ou seja, uma SCA tem de ser uma sala segura em primeiro lugar, porque como já disseram vão haver overdoses e temos de criar condições para que as overdoses possam ser assistidas no local...*

P3: ...*questão médica é mesmo... tem que haver visão de RRMD, o que dificilmente se encontra médicos com essa visão...*

P5: ... *se calhar os profissionais de saúde eu acredito que tenham algum tipo de refúgio nos códigos deontológicos ... eu tenho alguma dúvida de que um enfermeiro pudesse efetivamente ajudar num ato de*

consumo ... aqui é a questão de perfil nem todos os médicos servirão para trabalhar na SCA, nem todos os assistentes sociais...

P6: *...a nível de profissionais de saúde não vejo grandes dificuldades que possam estar a partida nas SCA...*

Apenas 2 (33,3%) participantes assinalaram a presença de desafios financeiros (Tabela 11):

Tabela 11. Desafios e Propostas: Desafios financeiros

Categoria	N (%)
Desafios financeiros	2 (33,3%)

Fonte: Elaboração própria

P3: *... tenho tido muito agora a questão de ser mais ponderado o discurso político “é muito dinheiro...*

P5: *...também a questão económica, porque isto é caro e vai ter de haver investimento e mesmo estruturas que têm responsabilidade na matéria e estou a falar do SICAD... Portanto, no fundo, podíamos estar a falar só de uma questão financeira e acho que contra factos não há argumentos, quando não há não há todos somos a favor, todos queremos, mas não temos financiamento para...*

Já os desafios sociais podem ser pensados em duas vertentes: na ausência de estruturas e nas relações com a comunidade (Tabela 12):

Tabela 12. Desafios e Propostas: Desafios sociais

Categoria	Subcategoria	N (%)
Desafios sociais	Ausência de estruturas	2 (33,3%)
	Comunidade	2 (33,3%)

Fonte: Elaboração própria

P3: ... a nível social é mais difícil se não houver estruturas de apoio...

P6: ... a nível social é preciso haver estruturas por trás senão não se consegue fazer nada sozinho...

P1: ... A questão social é difícil, mas não tem a ver com as SCA propriamente ditas mas com as populações e é o trabalho sempre a médio e longo prazo ... (e tem que ver) com a especificidade da população e que noutros contextos já se trabalha muitas destas população são sem abrigo, beneficiários do RSI, pessoas com vidas muito destruídas e desorganizadas e esse trabalho tem de ser feito... não apenas as doenças infecciosas fossem trabalhadas, mas também outras doenças porque cada vez mais esta é uma população envelhecida e com outros problemas a aparecer e essas também tinham de ser endereçados e por isso seria muito importante criar canais abertos com as estruturas ou uma ligação direta aos cuidados de saúde primários e para além disso haver uma boa comunicação com as estruturas hospitalares...

P: ... em termos sociais, acho que o que podia potencialmente ser uma dificuldade, seria convencer as populações ... eu acho que na realidade não é um problema tão grande porque quem a sofre nos locais de consumo já está tão afetado pela realidade que o que pede é uma solução...

Os participantes identificaram, ainda, desafios políticos (66,6%; n=4), como por exemplo (Tabela 13):

Tabela 13. Desafios e Propostas: Desafios políticos

Categoria	N (%)
Desafios políticos	4 (66,6%)

Fonte: Elaboração própria

P1: ... A nível político acho que é o mais difícil neste momento... o medo dos políticos é perder votos isto é uma causa fraturante há pessoas que não se revêm neste modelo...

P4: ...a única limitação que existe neste momento para implementar uma SCA no Porto é política, que é neste momento quem tem o poder político de tomar uma decisão é a câmara municipal do Porto e, a câmara municipal do Porto, não quer que as SCA abram... e posso desde já dizer qual é a estratégia para que não aconteça é que nunca uma proposta para criar SCA esteve a mesa para votar do presidente da camara municipal, eles conseguiram sempre que as discussões ficassem à margem...há quem ache que as SCA vão promover consumos adicionais e índices de criminalidade e isso resulta de falta de informação e depois ideologicamente falta de interesse em ter mais informação...

P5: ...Portanto acho que aqui a vontade política é primeiro não tem informação de quem a devia dar que é a sociedade civil porque também não a pedem... E depois é o atravessar-se e abrir aqui algo que pode ser controverso não tanto pela opinião pública, mas pelos outros partidos que estão a espera que estes falhem...

P6: ...A nível político é onde está a maior entrave porque têm medo de tomar uma posição e de se atravessar e de dar o primeiro passo e correr mal, é um investimento grande e têm medo...

Curiosamente, 66,6% (n=4) dos participantes do *focus group* sublinhou a falta de informação como um dos desafios mais importantes na implementação de uma SCA (Tabela 14):

Tabela 14. Desafios e Propostas: Falta de informação

Categoria	N (%)
Falta de informação	4 (66,6%)

Fonte: Elaboração própria

P1: *...ele é um reflexo da sociedade civil. Isto é serio nós temos de informar as pessoas porque as pessoas não sabem porque não tem de saber ...*

P2: *...as televisões servem para isso, programas, para informar as pessoas...*

P4: *...há quem ache que as SCA vão promover consumos adicionais e índices de criminalidade e isso resulta de falta de informação e depois ideologicamente falta de interesse em ter mais informação porque se vão levar com informação contraditória o normal é queres confirmar essa informação e perceber só que há muitas pessoas que o vão fazer porque as pessoas focam-se nessa posição e não mudam de opinião...*

P6: *...A nível comunitário as pessoas se calhar têm uma má imagem sobre as pessoas que usam drogas, até têm medo de passar em certos sítios com medo de serem roubados por exemplo, se calhar há um certo estigma também pelo facto de envolver a forma como as coisas são feitas nas zonas mais escuras sem condições... acima de tudo, passar a informação à população porque é muito mais fácil e recetivo se as pessoas tiverem informação sobre o que vai acontecer, o motivo, as condições também para terem uma opinião formada quanto as coisas porque, sem informação, não conseguem ter uma opinião sobre as coisas...*

Três dos participantes (50%) assinalaram ainda a necessidade de se atender à relação custo-benefício no processo de implementação de uma SCA:

Tabela 15. Desafios e Propostas: Relação custo-benefício

Categoria	N (%)
Relação custo-benefício	3 (50%)

Fonte: Elaboração própria

P2: *a longo prazo vai até poupar porque já não vai haver tanta doença, tanto medicação e coisa para se gastar, há as suas conveniências e coisas boas no meio disto tudo. Na minha opinião, era a melhor coisa que podia acontecer...*

P3: *...a longo prazo claro, em termos de custo benefício é...*

P4: *...Estudos que existem as SCA são custo efetivo...*

A sugestão mais evidenciada por parte dos participantes deste estudo foi, efetivamente, a necessidade de se rever a legislação, apontada por 50% (n=3) dos participantes:

Tabela 16. Desafios e Propostas: Revisão da legislação

Categoria	N (%)
Revisão da legislação	3 (50%)

Fonte: Elaboração própria

P1: *...acho que a lei esta um bocadinho fora do prazo... E outra questão que tem a ver com a responsabilidade profissional e*

deontológica e eu, enquanto médico, nunca vou assinar por baixo de algo que esteja fora da lei...

P4: *...o estudo que existe no Porto é de que os consumidores cerca de 20% faz consumo injetável e 80% fumados e isso significa que no Porto, o perfil é mais para o fumado e, por isso, se a sala tivesse só a valência do injetável estaríamos a deixar de fora uma grande fatia da população e seria um erro fazer um investimento deste tipo para apenas 20% dos consumidores e, para além disso, como há muitos consumidores que usam as duas vias de consumo segundo sei, o que ia acontecer é que a pessoa tinha de fazer um consumo injetável lá dentro e o fumado não sei onde, e portanto, duvido que a pessoa estivesse na disposição de ir a 2 sítios fazer o consumo por isso seria um erro que as salas não permitissem o consumo fumado...*

P5: *... a lei tinha de ser mudada... na cidade do porto nenhuma SCA vai permitir o consumo fumado enquanto não estiver legislada... porque a lei não é omissa, é clara. Porque se falamos na naloxona eu nem quero que se fale porque deixa estar sem lei. Agora a lei não é cinzenta em relação ao consumo fumado é claro e taxativo e nenhuma sala vai permitir o consumo fumado...*

Discussão

Os resultados agora apresentados carecem de uma discussão, à luz da revisão bibliográfica apresentada, bem como complementada com a apreciação da investigadora. A discussão, para uma melhor organização da informação, será subdividida nos três temas principais que foram identificados na análise de conteúdo.

1. Modelo da estrutura física da sala

No âmbito da estrutura física da sala foram identificadas as seguintes categorias: Modelo integrado móvel; modelo integrado em pré-fabricado; localização e tipologia do modelo, que refletem os aspetos à volta dos quais gravitam as preocupações dos participantes.

Verificamos, pela análise de conteúdo realizada, que todos os participantes defendem um modelo integrado das SCA, que consiste não apenas em oferecer condições

para o consumo assistido, mas complementá-lo e articulá-lo com outro tipo de serviços disponibilizados, como por exemplo o apoio psicossocial, que vai desde a alimentação, o banho e cuidados com a roupa, proporcionando maior higiene e segurança no consumo, tal como é postulado em vários estudos (e.g., OEDT, 2018; Schäffer et al., 2014).

As opiniões divergem, no entanto, no que toca à estrutura física das SCA. Há quem defenda que devam ser unidades móveis, outras unidades fixas e outras ainda uma conjugação das duas tipologias. As unidades móveis são equiparadas às carrinhas onde operam as equipas de rua na RRMD. Nestas unidades móveis, para além dos serviços especializados de auxílio ao consumo, estariam igualmente presentes outros serviços que caracterizam o modelo integrado. A mobilidade conferida a este tipo de resposta afigura-se importante por duas razões principais que conseguiram ser elencadas. A primeira, refere-se ao facto de poder cobrir uma área geográfica maior e chegar a determinados consumidores mais marginalizados e, a segunda, prende-se com o facto de poder transitar de uma área geográfica para outra, em função das mudanças e padrões de consumo que se vão alterando com o tempo.

Na verdade, a importância conferida a unidade móvel de intervenção encontra-se documentada em vários estudos (e.g., Laenen et al., 2018; Schöffner et al., 2014), onde é sublinhada a sua eficácia, pois assume-se como uma resposta mais direta e funcional às necessidades dos diversos consumidores.

Já os equipamentos com estrutura fixa (e.g., pré-fabricado), também defendidos pelos participantes, possuem a particularidade de se encontrarem localizados em determinados pontos ou áreas fulcrais de consumo, oferecendo igualmente um modelo integrado e, provavelmente, com oferta de outros serviços que dificilmente se encontram numa unidade móvel (e.g., apoio jurídico). No entanto e apesar disso, as unidades fixas apresentam, para alguns dos participantes, constrangimentos que podemos tipificar em dois pontos essenciais. O primeiro, pelo facto de ser uma estrutura fixa poderá ser difícil acompanhar a mudança dos padrões de consumo de uma área para outra, o que poderá tornar-se desnecessária no local onde foi edificado. O segundo, prendem-se com as questões mais comunitárias e sociais, pois como se verificou, é necessário que a comunidade onde estas SCA sejam implementadas, possam ser informadas e desconstruídas algumas das resistências que podem ser criadas em torno destas salas.

Estes dados vão ao encontro dos estudos que problematizam as questões estruturais das SCA, nomeadamente a defesa de estruturas móveis, fixas e de ambas as tipologias (e.g., Fernandes, 2014; OEDT, 2018; Schäffer et al., 2014). Nesta última categoria, encontram-se aquelas estruturas que poderão ser vistas como semi-fixas e que poderão ser retiradas em função da mudança dos padrões de consumo para outros locais, flexibilizando-se em função das necessidades dos consumidores (e.g., Schäffer et al., 2014).

No que concerne à localização das SCA, foram considerados vários aspetos pelos participantes, sendo que há quem defenda que as mesmas devam ser localizadas perto do local de consumo e de tráfico, enquanto outros defendem que devam ser implementadas perto de outras unidades de saúde (para facilitar a articulação), de uma rede de transportes e por freguesias. Na verdade, estas considerações já se encontram discutidas na literatura, defendendo-se que a localização deverá ser próxima do local de consumo e por freguesias (e.g., Salmon et al., 2007; Schatz & Nougier, 2012; Thein et al. 2005 Vecino et al., 2013; Wood et al., 2004), bem como perto de uma rede de transportes (e.g., Belackova et al., 2018).

Paradoxalmente, há ainda quem defenda que as SCA devem estar nos bairros problemáticos perto dos locais de consumo, mas longe dos de tráfico pelo facto de este ser ilegal. Consideramos que é utópico pensar-se que possam existir locais de consumo onde o tráfico não exista, pois estes são, *per si*, inseparáveis. No entanto, poderíamos assumir a possibilidade de implementação das SCA nos designados locais de consumo, sendo que se poderia salvaguardar, nos “termos de utilização” já referenciados anteriormente e existentes em vários países, a proibição de determinados comportamentos associados ao tráfico antes e/ou após o consumo, como já é referenciado em diversos estudos (e.g., DeBeck et al., 2011; OEDT, 2018).

A tipologia defendida pelos participantes para as SCA, assumindo-se como detentoras de um modelo integrado, não poderia deixar de ser uma tipologia de trabalho em rede, com os serviços interligados entre si (i.e., comunicação entre as SCA e outros serviços de saúde), para que a resposta às necessidades dos utentes possa ser célere e adequada às suas necessidades. Esta ideia de interligação e de comunicação com outros dispositivos e instituições de saúde está igualmente discutida em diversos estudos (e.g., García, 2015; Schäffer et al., 2014; Schatz & Nougier, 2012), os quais defendem a necessidade de disponibilizar informação de forma mais eficaz e adequada às

necessidades emergentes, sempre numa perspetiva de RRMD. Naturalmente que este trabalho em rede irá levantar algumas questões éticas e deontológicas, associadas à proteção de dados pessoais, que poderão ser analisadas e salvaguardadas em regulamentação própria e específica do funcionamento das SCA.

2. Modelo de funcionamento da sala de consumo assistido

Relativamente ao modelo de funcionamento das SCA foram identificadas as seguintes categorias: corpo técnico, modalidades, dinâmica da sala, serviços oferecidos, regulamento e envolvimento. Neste sentido e no que à equipa técnica diz respeito, os participantes consideram de forma consensual e unânime que esta deve ser multidisciplinar, como acontece na grande parte das SCA existentes pelo mundo (e.g., OEDT, 2018; Schatz & Nougier, 2012). No âmbito dessa equipa multidisciplinar, a tónica é colocada no perfil dos profissionais de saúde em geral e do médico em particular, pois todos eles, na perspetiva dos participantes, devem trabalhar na área de RRMD, pois trata-se de uma área peculiar, que envolve algumas particularidades que só serão tidas em consideração após experiência no terreno. As características dos profissionais de saúde e do médico das SCA já foi mencionada por vários autores (e.g., Andrade, 2010; Busch et al., 2015; Lloyd-Smith et al., 2009), sublinhando-se que estes devem ser detentores de um perfil configurado por determinadas características pessoais que permitem antecipar a sua adaptação a estes contextos de maior exigência. Na verdade, sabe-se que o trabalho dos técnicos de RRMD nas equipas de rua é demasiadamente exigente, sendo que poderá haver aqui um paralelismo com as equipas que deverão integrar as SCA, já que nos estamos a referir à mesma população.

Ainda neste ponto, os participantes referem que as SCA deveriam igualmente ser apoiadas por indivíduos em regime de voluntariado, tal como acontece já nas equipas da rua (Fernandes & Ribeiro, 2002). Alguns dos técnicos poderiam ser fixos, enquanto outros mobilizados para as várias SCA, pois assim iria permitir que em todas as SCA os procedimentos pudessem ser análogos. De facto, os participantes consideram que alguns profissionais, como por exemplo os juristas, poderiam ser transversais a estas unidades, uma vez que se pressupõe que deveria de haver possibilidade de frequência dos utentes nas várias SCA implementadas.

Estes dados são congruentes com os estudos que têm referenciado a necessidade de articulação dos atores sociais nas SCA, defendendo a existência de um grupo de profissionais fixos (e.g., médico) e outro grupo transversal nas diversas unidades de saúde, como é o caso, por exemplo, dos voluntários e enfermeiros (e.g., Schäffer et al., 2014; Schatz & Nougier, 2012; Stevens, 2007).

Ainda ao nível da dinâmica das SCA, foi unânime a ideia da sua natureza comunitária, sendo que a mesma não deveria ser utilizada para uso exclusivo do consumo injetável e fumado, mas albergar outras respostas biopsicossociais como, por exemplo, o apoio social, o apoio psicológico e o apoio médico. Estas respostas biopsicossociais fazem parte daquilo que é defendido por vários autores (e.g., Alloni & Paiva, 2017; Busch et al., 2015; Lloyd-Smith et al., 2009; OEDT, 2016, 2018; Schatz & Nougier, 2012) e que se enquadram, perfeitamente, no âmbito de um modelo integrado, como atrás foi referenciado.

Esta natureza comunitária associa-se igualmente ao envolvimento de determinados atores sociais, como é o caso da polícia, das associações locais e das redes locais, que foram referenciadas pelos participantes. Na verdade, as redes sociais são, essencialmente, a família dos utentes das SCA que, segundo os participantes, devem ver as salas como estruturas positivas, pois serão, naturalmente, locais com condições para que o consumo possa ocorrer, por alternativa aos consumos que ocorrem em condições deploráveis e desumanizadas. A polícia deve estar integrada nos trabalhos das SCA e as associações locais devem igualmente ter uma participação ativa, marcando uma posição de ação articulada, estando a par daquilo que caracteriza o funcionamento destas salas, para não existirem conflitos nem interpretações erradas, com o intuito de se encontrar (em conjunto) estratégias adequadas que possam ser implementadas para melhorar as ações e/ou resolver os problemas. Estes dados acabam por ser congruentes com os estudos que mostraram o impacto positivo das SCA nas comunidades onde se encontram implementadas (e.g., DeBeck et al., 2011; Lloyd & Godfrey, 2010; Lloyd-Smith et al., 2009; Milloy & Wood, 2009; Potier et al., 2014; Thein et al., 2005), bem como com aqueles que referem que as SCA promovem uma maior proximidade e humanismo para com uma população marginalizada (e.g., Laenen et al., 2018; Potier et al., 2014).

Ainda ao nível do funcionamento destas salas e no que diz respeito aos serviços oferecidos, os participantes assinalaram a presença do *drug checking* e da Naloxona, procedimentos já utilizados em outras SCA do mundo (e.g., OEDT, 2018; Schäffer et al.,

2014; Schatz & Nougier, 2012; Watson et al., 2003). De acordo com Busch et al. (2015) o recurso a programas de naloxona assume-se como um procedimento seguro nas SCA pois ajudam a prevenir mortes provocadas por *overdose*. A importância deste recurso foi igualmente sublinhada pelo Diretor do SICAD (João Goulão), na notícia do Público em que refere que a naloxona por via inalatória se encontra em apreciação pelo Infarmed e, será brevemente distribuída às equipas de rua em Portugal. Já a existência de *drug checking* vai ao encontro daquilo que alguns autores referem (e.g., Hungerbuehler et al., 2011), pois pelas características dos serviços de uma SCA faria todo o sentido que existisse este serviço disponibilizado, enquanto medida de RRMD, pois permitiria não apenas a análise das substâncias consumidas, mas fomentaria igualmente o aconselhamento por parte dos profissionais especializados. Este serviço tem um particular papel nas políticas de RRMD e está contemplado no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho. Na verdade, consideramos que a disponibilização deste serviço iria potenciar a criação de canais de comunicação com os consumidores de drogas, nomeadamente aqueles que não se encontram abrangidos pelos serviços formais de saúde, bem como permitiria recolher informação sobre as práticas e padrões de consumo, com vista à redução dos riscos associados ao consumo. Paralelamente, acreditamos que o *drug checking* iria igualmente aumentar a confiança e a credibilidade dos profissionais das SCA, favorecendo a aceitação da intervenção de proximidade e a implementação das práticas RRMD.

Para além destes serviços, os participantes assinalaram ainda a importância de existência de consultas médicas de acompanhamento, interligação com outras valências da saúde, comunitárias e sociais, bem como integração dos cuidados biopsicossociais, o que vem claramente ao encontro de um modelo integrado, como referido por diversos autores (e.g., Alloni & Paiva, 2017; OEDT, 2018; Schäffer et al., 2014; Schatz & Nougier, 2012; Watson et al., 2003).

Por último e no que diz respeito aos regulamentos, os participantes sugeriram que deve haver um limite no número de utentes a usar a sala em simultâneo e que deve, igualmente, existir uma avaliação inicial, para se conhecerem os padrões de consumo recorrentes, problemas de saúde, rede de apoio percecionada, entre outros. Estes dados são congruentes com os apresentados pela OEDT (2018), no qual se refere que um modelo de serviço de uma SCA deverá iniciar com uma avaliação inicial para admissão,

com a presença de critérios de elegibilidade (Schatz & Nougier, 2012), tal como acontece na Austrália, na Alemanha, na Holanda, na Noruega, em Espanha e outros países.

3. Desafios e propostas

Relativamente aos desafios e propostas que foram sendo equacionados pelos participantes, parece-nos haver uma unanimidade. Assim, no que diz respeito aos desafios médicos, as opiniões variam entre a questão do perfil médico já anteriormente falado e a sua ligação com a RRMD, e a questão do cumprimento dos códigos éticos e deontológicos, aos quais as ações dos profissionais de saúde se encontram configuradas. De facto, as questões éticas e da deontologia não foi claramente discutida pelos participantes, sendo apenas referenciado que estas seriam questões que teriam que ser refletidas em função das particularidades das situações. Tal como refere Solai et al. (2006), a construção de um quadro ético para permitir a condução pragmática da discussão destes dilemas tem que existir, pois apesar das regras serem claras, é muito frequente existirem situações de conflito. De acordo com estes autores, os valores das diversas instituições no que diz respeito à RRMD podem ser diferentes, mas todos devem ter como premissa o respeito pela autonomia do cliente e a proteção da sua saúde, podendo estes aspetos serem conflituosos e serem priorizadas de forma diferente pelos vários profissionais de saúde.

A implementação das SCA é igualmente condicionada por desafios financeiros, não havendo grandes investimentos neste âmbito (Belackova, et al., 2018). A par destes desafios, são identificados os desafios políticos, que se ancoram na relação custo-benefício a longo prazo. De facto, a prevenção ao nível da saúde gera, inquestionavelmente, uma redução dos custos associados à doença (Campos, 2017). Assim, sendo um dos principais objetivos das SCA reduzir a morbilidade e mortalidade associada ao consumo de drogas (e.g., Busch et al., 2015; OEDT, 2018; Schäffer et al., 2014), então parece crível que ao haver um decréscimo no número de infeções por Hepatite C e VIH, o Estado Português, faria uma poupança considerável a longo prazo.

Os desafios sociais que foram abordados pelos participantes relacionam-se, essencialmente, com a ausência de estruturas de apoio para que o trabalho em rede seja realizado de forma articulada, como é o caso de hospitais, da segurança social, entre

outras. O trabalho em rede é mencionado em vários aspetos, o que demonstra que será uma das bases imprescindíveis para a abertura das SCA.

Ainda a nível social um desafio poderá encontrar-se na aceitação, por parte da comunidade onde as SCA irão ser implementadas, todavia como já referido anteriormente, estas salas já mostraram a sua eficácia em vários países do mundo (Salmon et al., 2007; Thein et al. 2005; Vecino et al., 2013; Wood et al., 2004), pois assumem-se como uma solução para diversos problemas higiénicos, de segurança e biopsicossociais. Tal como referem Schatz e Nougier (2012), é importante considerar que pese embora possa emergir uma resistência por parte da comunidade face às aparentes facilidades para o consumo, de uma forma geral, as SCA são aceites porque melhoram os locais onde se encontram inseridas, quer ao nível da segurança, como a nível social e sanitário.

Os desafios políticos foram os que suscitaram opiniões mais coesas, já que se assumem como verdadeiros obstáculos à abertura de uma SCA no Porto, tal como afirmou o Diretor do SICAD. Para alguns dos participantes, a vontade política (ou a falta dela) foi considerada como sendo o único entrave para o facto de as SCA ainda não terem sido implementadas na cidade do Porto. Houve quem considerasse que a falta de informação estaria na base do não incentivo, por parte da classe política, à abertura destas salas. Em Portugal, a discussão sobre a abertura das SCA já foi feita variadas vezes, no entanto, ainda não abriram. Na Dinamarca, por exemplo, estas salas não abriam devido a questões legais, o que não pode ser comparável a Portugal que já as tem legisladas há 17 anos (Alloni & Paiva, 2017). A questão que aqui se pode colocar é saber se a legislação de 2001 ainda se encontra adequada à realidade atual em que nos encontramos atualmente.

A falta de informação da classe política assinalada por alguns dos participantes remete-nos para um desafio que é precisamente a falta de informação da sociedade em geral sobre as SCA. Por conseguinte, consideramos que a falta de informação pode levar a que as pessoas tenham ideias erradas sobre estas salas e que não tenham uma real noção da sua realidade. Por esse motivo, a disseminação da informação associada às SCA e serviços oferecidos, poderá ser uma estratégia para se ultrapassarem alguns dos desafios políticos e sociais que possam emergir (Schatz & Nougier, 2012).

Por último, a proposta que é feita por todos os participantes, é a necessidade de revisão da legislação portuguesa para que o consumo fumado seja igualmente incluído

nas SCA, uma vez que é uma prática que está a aumentar (DeBeck et al., 2011). Há países onde o consumo de drogas fumadas é superior ao das drogas injetadas e, no entanto, as SCA existem mais adaptadas à forma do consumo mais prevalente, como é o caso da Holanda, que oferece mais locais para fumar do que para injetar (Schäffer et al., 2014). Todavia, é importante referenciar que as SCA podem e devem adaptar-se aos padrões de consumo de drogas prevalentes naqueles locais. Se no passado havia mais consumo injetável, hoje, não inviabilizando o outro, há mais consumo fumado. As salas devem ajudar a promover essa mudança das vias de consumo, adaptando-se e dando respostas adequadas às necessidades. Tal como defendem Schäffer et al. (2014) esta adaptação à nova realidade em tudo se relaciona com o pragmatismo que faz parte da RRMD.

Então, Portugal, como qualquer outro país, devia ponderar tentar adaptar-se às realidades do consumo porque, independentemente da via de consumo, ele vai existir sempre, mesmo que seja fumado. A legislação criada em 2001 focalizou-se numa realidade de consumo daquela altura (i.e., injetável), pelo que hoje em dia, passados 17 anos, é natural que tenham emergido outras formas de consumo e decaído outras. Por conseguinte, apesar do trabalho árduo que as equipas de rua continuam a fazer, por forma a dar uma resposta cabal às necessidades dos consumidores, continuam a ser insuficientes para que o consumo que ocorre em condições degradantes, pouco higiénicas e insalubres, deixe de existir.

Todos estes aspetos que foram aqui referidos poderão constituir-se no possível primeiro esboço/desenho de uma SCA na cidade do Porto, devendo-se sublinhar que este será sempre um ponto de partida e não de chegada.

Considerações Finais

O presente estudo procurou recolher a perceção de diversos atores sociais sobre como deveriam estruturar-se e funcionarem as SCA na cidade do Porto, com o intuito de contribuir com um desenho mais satisfatório e efetivo das mesmas.

Os principais resultados obtidos através do *focus group* realizado e da análise de conteúdo permitem tecer algumas considerações. A primeira é que as ideias de como deveria ser uma SCA no Porto são bastantes uniformes, o que pode significar que já existe uma estruturação base daquilo que poderia vir a ser o resultado final. Neste caso, seria uma SCA assente num modelo de intervenção integrado (não apenas com injeção assistida, mas com outros serviços de apoio biopsicossocial), com uma estrutura móvel, fixa ou ambas (para abranger uma maior população possível), localizada perto de bairros problemáticos, próximo de centros de saúde e de uma rede de transportes (para facilitar a articulação com a comunidade envolvente). Em conformidade com o modelo adotado, as equipas seriam multidisciplinares, com voluntários, profissionais fixos e rotativos; as salas funcionariam em rede com outras valências de saúde, como hospitais, centros de saúde, centros hospitalares, etc., permitindo uma maior mobilidade dos utentes nas diversas SCA existentes.

Além dos apoios que foram referidos, a existência de naloxona é incontornável para a abertura de uma SCA, para que possa garantir uma maior segurança em casos de *overdose*, bem como a presença do *drug checking*. A integração da comunidade em geral deverá ser considerada, nomeadamente através de uma informação cuidada que deverá circular e fluir por todos, sem exceção, para que algumas das interpretações erradas e/ou ideias pré-concebidas relativamente às SCA possam ser dissipadas. Ao estar bem-informada, a comunidade pode contribuir construtivamente para todo o projeto, incluindo as associações de moradores, a população em geral, a polícia, os centros de saúde/hospitais e os decisores políticos.

Além destes aspetos, é importante salientar que as SCA só abririam, pelo menos para ser eficaz, com uma revisão da legislação que incluísse o consumo fumado e fosse suficientemente flexível para considerar outra forma de consumo, em função da mudança de padrões de consumo que se verificam no tempo. Aliado a esta questão mais direcionada para o regulamento, seria importante considerar alguns dilemas éticos que pudessem surgir em razão do próprio regulamento da SCA, como é, por exemplo, a

questão das mulheres grávidas e dos menores (critérios de elegibilidade). Estas questões poderiam ser debatidas por todos os técnicos envolvidos, em reuniões de partilha e de troca de experiências, podendo ser úteis para que os dilemas éticos pudessem ser ultrapassados com soluções adequadas e ajustadas às necessidades das diversas situações.

A implementação das SCA poderia ser assumida como uma estratégia de RRMD, que integra um conjunto de serviços e de programas que pretendem reduzir os danos associados ao consumo, contribuindo para uma melhoria da saúde do indivíduo consumidor, da sociedade em geral e da comunidade onde se insere. Neste sentido, a criação de SCA no âmbito de uma estratégia de RRMD não se cingiria a fornecer uma sala para que os consumidores de drogas pudessem consumir, mas oferecer um conjunto de serviços que permitissem evitar os riscos do consumo (e.g., doenças infecciosas), redução da pobreza e exclusão social, bem como humanizar, ainda mais, os serviços que já são prestados pelas equipas de rua, através de uma maior proximidade com os consumidores.

Do mesmo modo, acreditamos que a ação conjunta e concertada dos vários atores sociais envolvidos nesta temática, poderiam alavancar e estimular o processo de implementação das SCA no Porto, através da ajuda das juntas de freguesia, apoiadas pelas autarquias locais, através da realização de ações de sensibilização para toda a comunidade, por exemplo à semelhança de um *focus group*, com vários intervenientes sociais significativos. A luta contra a (des)informação poderia ser uma das principais estratégias de ação para viabilizar a implementação destas salas.

Apesar de considerarmos que foram bastante promissores os resultados obtidos, não poderíamos deixar de assinalar que estes resultados devem ser interpretados de forma parcimoniosa, na medida em que foram recolhidas as perceções de um grupo restrito de atores sociais, com vivências e particularidades que podem não ser extensíveis a outras realidades.

No entanto, acreditamos que os resultados encontrados podem assumir-se como um ponto de partida para o desenho de uma SCA na cidade do Porto, atendendo a todas as questões que aqui foram discutidas, bem como um estímulo para a realização de outros estudos e investigações que permitissem um maior aprofundamento da realidade da implementação das SCA nas diversas áreas do Porto.

Referências

- Alloni, R., & Paiva, L. (2017). *Salas de consumo de drogas: Situando o debate no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé.
- Andrade, P., Carapinha, L., Sampaio, M., Shirley, S., Rodrigues, I., & Silva, M. (2007). Para além do espelho: A intervenção de proximidade nas toxicodependências. *Revista toxicodependências*, 13(2), 9-24.
- Andrade, T. (2010). *Redução de danos: Um novo paradigma?* Acedido em http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de__danos-_um_novo_paradigma.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belackova, V., Salmon, A., Schatz, E., & Jauncey, M. (2018). *Online census of drug consumption rooms (DCRs) as a setting to address HCV: Current practice and future capacity*. Netherlands: International Network of Drug Consumption Rooms.
- Busch, M., Eggerth, A., Klein, C., & Weigl, D. (2015). Drug related harm reduction in the eu and candidate countries – success and gaps. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 12(1), 1-12.
- Campos, A. (2017). Estado vai poupar 3000 euros por doente com VIH/sida em 2018. *Público*, consultado em: <https://www.publico.pt/2017/11/20/sociedade/noticia/estado-vai-poupar-3-mil-euros-por-doente-com-vihsida-em-2018-1793118>
- Carapinha, L. (2009). *Guia de apoio para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos*. Lisboa: Instituto da Droga e da Dependência.
- Carbonário, F. (2016). O apoio às equipas de redutores de danos: Desconstrução das diferenças e comunidades marginalizadas. In M. Vecchia, F. Lopes, & F. Carbonário (Eds.), *A rua em cena: Implantação de projetos de redução de danos em Barcarena/MG* (pp. 53-58). Porto Alegre: RedeUnida.
- Cardoso, M. (2018). *Há duas propostas para salas de consumo assistido no Porto*. Notícia no Público, consultada em <https://www.publico.pt/2018/10/05/sociedade/noticia/porto-discute-propostas-de-consumo-assistido-uma-nasceu-nas-associacoes-1846224>

- Casimiro, C. (2016). *Entre o saber e o fazer: Dilemas de uma intervenção de rua*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Costa, E., (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista toxicodependências*, 7(3), 53-58.
- Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar: Como a redução de riscos se fez incontornável. *Revista toxicodependências*, 11(2), 65-72.
- Cruz, O., Machado, C., & Fernandes, L. (2012). O problema da droga: Sua construção, desconstrução e reconstrução. *Análise psicológica*, 30(1-2), 49-51. doi: <https://doi.org/10.14417/ap.530>
- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and alcohol Dependence*, 113(2-3), 172-176.
- Decreto-Lei n.º 183/2001 (2001, 21 de junho). Presidência do conselho de ministros. *Diário da República*, I- série – A.
- Dias, L. (2004). *As drogas em Portugal. O fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página Editores.
- Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona.
- Fernandes, L. & Mata, S. (2018). Questões metodológicas de uma revisitação etnográfica a territórios psicotrópicos do Porto. *Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 2(22), 311-333.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*, 15, 3-18.
- Fernandes, L. (2014). A exclusão social como revelador das relações entre violência estrutural e violência quotidiana. *Quaderns-e Institut Català d'Antropologia*, 19 (1), 175-186.
- Fernandes, L., & Carvalho, M. (2003). *Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social. *Sociologia: Problemas e práticas*, 39, 57-68.

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico* 2. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, R. (2002). Abordagem de redução de danos para uso e abuso de drogas. In R. Figueiredo (Ed.), *Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação* (pp. 5-6). Diadema: Nepaids.
- Fonte, C., & Manita, C. (2003). Consumos de drogas em estudantes da Universidade do Minho: Construções de significados. *Revista Toxicodependências*, 9(3), 61-74.
- Frisher, M., & Beckett, H. (2006). Drug use desistance. *Criminology and Criminal Justice*, 6, 127-145.
- Galhardo, A., Cardoso, I., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Toxicodependências*, 12, 71-77.
- García, R. (2015). Salas de consumo higiénico en España (2000-2013). *Salud colectiva*, 11(2), 261-282.
- Hser, Y., Longshore, D., & Anglin, M. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, 31, 515-547.
- Hungerbuehler, I., Buecheli, A., & Schaub, M. (2011). Drug checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use – evaluation of zurich’s drug checking services. *Harm Reduction Journal*, 8(16), 1-6.
- International Harm Reduction Association (2010). *What is harm reduction? A position statement from Harm Reduction International*. Consultado em <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Kimber, J., Dolan, K., & Wodak, A. (2005). Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol review*, 24, 21-24.
- Laenen, F., Nicaise, P., Decorte, T., Maeyer, J., Ruyver, B., Smith, P., Puyenbroeck, L. & Favril, L. (2018). Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium. Belgian Science Policy Office (BELSPO).

- Lei n. 30/2000 (2000, 29 de novembro). Regime jurídico do consumo de estupefacientes. *Diário da República*, I- série – A.
- Lloyd, C. & Godfrey, C. (2010). Commentary on Pinkerton (2010): Drug consumption rooms-time to accept their worth. *Addiction*, 105, 1437-1438.
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. (2009). Determinants of cutaneous injection-related infection care at a supervised injecting facility. *Annals of Epidemiology*, 19(6), 404-409.
- Mata, S., & Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: Normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7 (1S), 1-25.
- Milloy, M. J., & Wood, E. (2009). Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), 620-621.
- Mota, L. (2007). *Dependência química: Problema biológico, psicológico ou social?* S. Paulo: Paulus.
- Nardi, H., & Rigoni, R. (2005) Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282.
- Negreiros, J., & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Revista Toxicodependências*, 11 (2), 3-22.
- Nunes, L., & Jóluskin, G. (2007). O uso de drogas: Breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 230-237.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2018). *Perspetivas sobre as Drogas. Salas de consumo assistido de droga: Panorâmica geral da oferta e provas de eficácia*. Lisboa: OEDT.
- Öner, M. (2014). An overview of drug consumption rooms. *Human Rights Review*, 8, 87-135.
- Pimenta, A., & Rodrigues, M. (2006). Redução de danos: Prostituição e toxicodependência. *Revista toxicodependências*, 12(1), 49-54.

- Pinto, M., & Peixoto, S. (2003). Trabalhos de rua com consumidores de drogas: Obstáculos sentidos no Norte de Portugal. *Revista Toxicodependências*, 9 (2), 51-60.
- Poiars, C. (2003) Droga: Deambulação em torno da investigação científica. *Revista toxicodependências*, 9(3), 75-86.
- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. In T. Rhodes, & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: Evidence, impact and challenges*. (n.º 10, pp. 19-33). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Romaní, O. (2003). Prohibicionismo y drogas: ¿Un modelo de gestión social agotado? In R. Bergalli (Coord.), *Sistema penal y problemas sociales* (pp. 429-450). Valencia: Ed. Tirant lo Blanch.
- Romaní, O. (2008). Placeres, dolores y controles: El peso de la cultura. In A. Torres & A. M. Lito (Orgs.), *Consumos de drogas. Dor, prazer e dependências* (pp. 79-104). Lisboa: Fim de Século.
- Salmon, A. M., Thein, H. H., Kimber, J., Kaldor, J. M., & Maher, L. (2007). Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, 18(1), pp. 46-53.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- San Julián, E., & Valenzuela, E. (2009). El riesgo de las drogas: La percepción de los jóvenes. *Toxicodependências*, 15, 43-57.
- Schäffer, D., Stöver, H., & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe models, best practice and challenges*. The Netherlands: The European Harm Reduction Network.
- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). *Drug consumption rooms evidence and practice*. London: International Drug Policy Consortium.

- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). *IDPC Briefing paper - Drug consumption rooms: Evidence and practice*. Consultado em <https://ssrn.com/abstract=2184810> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2184810>
- Sequeira, J. (2006). *As origens psicológicas da toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014) Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190.
- Solai, S., Dubois-Aber, F., Benninghoff, F., & Benaroyo, L. (2006). Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17, 17-22.
- Stevens, A. (2007). When two dark figures collide: Evidence and discourse on drug-related crime. *Critical Social Policy*, 27, 77-99.
- Stone, K. (2016). *The global state of harm reduction 2016*. London: Harm Reduction International.
- Thein, H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M., & Kaldor, J. M. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 275-280.
- Vecino, C., Villalbí, J. R., Guitart, A., Espelt, A., Bartroli, M., Castellano, Y., & Brugal, M. (2013). Safe injection rooms and police crackdowns in areas with heavy drug dealing: Evaluation by counting discarded syringes collected from the public space] *Addictions*, 25(4), 333-338.
- Watson, T., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., Jairam, J., Hopkins, S., ... & Bayoumi, A. (2003). Design considerations for supervised consumption facilities (SCFs): Preferences for facilities where people can inject and smoke drugs. *International Journal of Drug Policy* 24, 156-163.
- Whiteacre, K., & Pepinsky, H. (2002). Controlling drug use. *Criminal Justice Policy Review*, 13, 21-31.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D., Montaner, J., & Tyndall, M. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTÕES DO *FOCUS GROUP*



PERGUNTAS:

1. Qual é o modelo que mais se adaptaria ao porto numa SCA: integrado (com serviços de higiene, alimentação, sociais além das condições higiénicas para consumir), especializado que apenas se certifica das condições de consumo ou móvel que funciona como as carrinhas das equipas de rua) ou podíamos ter mais que um modelo no porto?
2. Em relação à localização de uma SCA no porto que aspetos essenciais é que devemos considerar e sob que justificação?
3. Sobre as características da sala:
 - a. - Nível de corpo técnico, quem deve constituir as equipas
 - b. - Nível da dinâmica/disposição da sala (biomédico/comunitário ou chill out)
4. É possível criar uma SCA que integre as diferentes perspetivas dos atores sociais?
5. Qual é o maior desafio para a implementação das salas:
 - a. -Médico
 - b. -Social
 - c. -Político
6. No que respeita ao regulamento das SCA quais são os pilares que devem sustentar a sala?
 - a. - Dilemas éticos:
 - b. - Utentes grávidas várias vezes no mesmo dia
 - c. - Alguém que nunca injetou e vai lá a 1x
 - d. - Menores são proibidos- e os que injetam e nos pedem apoio?
 - e. - Número limitado ou ilimitado de pessoas que as SCA aceitam? Com avaliação inicial apenas ou periódica?
 - f. - Devemos integrar a comunidade nos trabalhos das SCA como a polícia e até incluir a comunidade.
7. As salas devem aparecer como uma resposta independente numa nova rede de respostas ou integrar uma que já existe como serviços que já dão resposta a nível social e de alimentação (caso seja um modelo integrado?)
8. Considerando que as práticas de consumo têm mudado e há cada vez mais consumo fumado seria positivo ou negativo a legislação portuguesa não prever apenas o consumo injetável nas SCA para que houvesse adaptação das salas às várias práticas?

ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO



Declaração de Consentimento Informado

Caro(a) participante,

Eu, Daniela Filipa Machado, encontro-me a desenvolver, no contexto da minha dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia a realizar na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) sob a supervisão da professora Marta Pinto, uma investigação sobre aquilo que seria um desenho de uma sala de consumo assistido na cidade do Porto.

Para recolher dados irei utilizar uma entrevista em grupo (focus grupo) que, por questões de ordem científica, terá de ser gravada para posteriormente ser analisada.

Garantimos desde já a total confidencialidade de todas as informações recolhidas, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins académicos.

Eu, _____, aceito participar voluntariamente no estudo sobre o desenho de uma sala de consumo assistido no Porto, ciente de que toda a informação recolhida será confidencial e utilizada exclusivamente para os fins académicos mencionados anteriormente.

_____, ____ de _____ de 2018.

ANEXO C – GRELHA TRANSVERSAL

Tema 1: Modelo da estrutura física da SCA				
Categoria	Subcategoria	Frases ilustrativas	Unidade de Contexto	N (%)
Modelo integrado e móvel				
Modelo integrado em Pré-fabricado	-			
Localização	Por freguesias, longe dos locais de venda e próximo dos bairros problemáticos			
	Próximo dos locais de venda e consumo			
	Próximo de centros de saúde e de transportes			
Tipo de modelo	Em rede			
Tema 2: Modelo de funcionamento da SCA				
Categoria	Subcategoria	Frases ilustrativas	Unidade de Contexto	N (%)
Corpo técnico	Equipa multidisciplinar			
Modalidades (além dos elementos fixos)	Perfil Pessoal (Caraterísticas pessoais)			
	Voluntários			
	Profissionais transversais			
Dinâmica da Sala e Envolvimento	Comunitária			
	Polícia			
	Associações locais			
	Redes sociais			
Serviços oferecidos	<i>Drug Checking</i>			
	Naloxona			
	Consultas médicas			
	Injeção assistida			
	Interligação com outras valências/			
	Integração/cuidados biopsicossociais			
Regulamento	Número de utentes e tipo de avaliação			
Tema 3: Desafios e Propostas				
Categoria	Subcategoria	Frases ilustrativas	Unidade de Contexto	N (%)
Desafios Médicos	Sim			
	Não			
Desafios Financeiros	-			
Desafios Sociais	Ausência de estruturas			
	Comunidade			
Desafios Políticos	-			
Falta de Informação	-			
Relação custo-benefício	-			
Revisão da legislação	-			